

# Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino

Dres. Guillermo Rodríguez\*, Cecilia Caviglia†, Rafael Alonso‡, Adela Sica§, Sofía Segredo¶, Ima León\*\*, Ignacio Musé(†) ††

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

## Resumen

En Uruguay se registran 351 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y mueren en promedio 140 mujeres por esta causa. Se dispone de un Programa de Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello Uterino cuyo test de tamizaje es el Papanicolaou convencional, que ofrece la disponibilidad del test para las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y existen también normas estatales que obligan a los prestadores del sistema de salud privada a brindarlo sin costo a sus usuarias. No obstante ello, se comprueba un importante número de mujeres que consultan en estadios avanzados de la enfermedad, con pocas posibilidades de curación.

Objetivo: determinar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y el estadio de la enfermedad en usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell y del Hospital de Clínicas con el diagnóstico de cáncer cuello uterino invasor realizado durante el año 2009.

Material y método: estudio observacional, descriptivo, aplicado a todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino invasor a través de una encuesta y revisión de historias clínicas, realizado entre junio de 2010 y setiembre de 2011.

Resultados: se entrevistaron 68 pacientes, el 75% de las usuarias contestó en forma adecuada sobre la utilidad del test, el mismo porcentaje declaró que no se hacía el test por falta de motivación. En la práctica solo 13% de las pacientes se realizó el Papanicolaou por control. Las principales barreras declaradas fueron las demoras en la sala de espera y en acceder a la fecha y hora para realizarse el estudio en los servicios de salud. El 47% de los casos encuestados iniciaron su tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad.

Conclusión: se determina que las usuarias no asumen una conducta preventiva a pesar de tener el conocimiento adecuado. El sistema de salud debería implementar estrategias de información adecuadas para que utilicen en el momento oportuno y frecuencia recomendada los exámenes de tamizaje.

\* Ex Prof. Adj. de Clínica Ginecocológica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Coordinador del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Uruguay.

† Ex Asistente del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Prof. Agr. Cátedra de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Asesor del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino (PPCCU) - CHLCC. Uruguay.

§ Médica anatómo patóloga del Hospital de la Mujer. Centro Hospitalario Pereira Rossell (ASSE). Asesora del PPCCU - CHLCC. Uruguay.

¶ Licenciada Nutricionista PPCCU - CHLCC. Uruguay.

\*\* Prof. Agdo. del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Directora del Centro Hospitalario Pereira Rossell - ASSE. Uruguay.

†† Director del PRONACCAN - MSP. Vicepresidente de la CHLCC. Uruguay.

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC), Programa Nacional de control de cáncer (PRONACCAN) - Ministerio de Salud Pública (MSP), Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) - Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Hospital de Clínicas, Departamento de Medicina Preventiva y Social - Facultad de Medicina, Universidad de la República (UDELAR).

Correspondencia: Dr. Guillermo Rodríguez. Sarmiento 2488 Ap. 404. CP 11300, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: barranka@adinet.com.uy

Conflicto de intereses: los autores declaran que el artículo fue financiado por Laboratorios Cibeles SA (representante Merck Uruguay) y Glaxo Smithkline Uruguay SA.

Recibido: 19/10/15

Aceptado: 9/11/15

**Palabras clave:** PRUEBA DE PAPANICOLAOU  
COOPERACIÓN DEL PACIENTE  
ACTITUD FRENTE A LA SALUD  
NEOPLASIAS DE CUELLO UTERINO  
CRIBADO

**Key words:** PAPANICOLAOU TEST  
PATIENT COMPLIANCE  
ATTITUDE TO HEALTH  
UTERINE CERVICAL NEOPLASMS  
SCREENING

## Introducción

El cáncer de cuello de útero es el tumor más frecuente en las mujeres de la mayoría de los países en desarrollo y el segundo en el ámbito mundial. Cada año se diagnostican aproximadamente unos 500.000 nuevos casos, 80% de los cuales se producen en los países en vías de desarrollo, mientras que es mucho menos frecuente en los países desarrollados. Las tasas más altas de incidencia se han registrado en regiones del norte de Brasil y en Colombia (70 nuevos casos cada 100.000 mujeres). En los países desarrollados la baja incidencia se debe en parte a los programas organizados u oportunistas de detección precoz basados en la citología cérvico vaginal (prueba de Papanicolaou)<sup>(1)</sup>.

En Uruguay, en el período 2007-2011, la tasa ajustada de incidencia fue de 15,69, lo que representa 330 casos nuevos al año, valor menor al quinquenio anterior. Para Montevideo la tasa ajustada es de 13,98 y para el interior del país es de 16,99<sup>(2)</sup>.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino en el mundo es de 320.000 casos por año. En Uruguay ocupa el quinto lugar con 120 fallecimientos en el año 2012, lo que se corresponde con una tasa ajustada de 4,93 por 10<sup>5</sup><sup>(3)</sup>.

El cáncer de cuello en mujeres menores de 20 años es poco frecuente, aumentando progresivamente hasta la quinta década de vida. Según el Registro Nacional de Cáncer en nuestro país la edad promedio de las mujeres con lesiones de alto grado es de 36 años y para el cáncer invasor es de 52 años, para el año 2013.

A partir de la revisión de historias clínicas de mujeres fallecidas por cáncer de cuello uterino durante el año 2010, se encontró que el 53% procede del interior del país (datos no publicados, Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, PPCCU).

La sobrevida se relaciona directamente con el estadio clínico. Este cáncer diagnosticado y tratado en sus estadios iniciales tiene una curación mayor a 90%<sup>(4)</sup>. La mayoría de los fallecimientos se producen en mujeres que se les diagnostica la enfermedad en forma tardía, con pocas posibilidades de un tratamiento curativo.

En Uruguay se dispone de un programa de prevención secundaria para las mujeres usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los prestadores privados deben brindar el Papanicolaou en forma gratuita según la Ordenanza 402 del Ministerio de Salud Pública (MSP)<sup>(5)</sup>. Según la Ley 17242<sup>(6)</sup>, las mujeres trabajadoras de la actividad privada y las funcionarias públicas tienen un día al año de licencia especial a los efectos de facilitar su concurrencia para realizarse el examen de Papanicolaou. Este examen se ha incorporado a las prestaciones obligatorias para la obtención del carné de salud básico para las usuarias mayores de 21 años, según el Decreto 571/2006 del Poder Ejecutivo<sup>(7)</sup>. A pesar de estos avances se observa un elevado número de mujeres que fallecen, probablemente debido a consultas en estadios avanzados de la enfermedad, con escasa posibilidad de curación. La sobrevida a cinco años de las mujeres portadoras de cáncer considerando todos los estadios es de 70%, según datos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)<sup>(4)</sup>.

En varios países de la región existen estudios acerca de las fallas de los programas de detección con el test de Papanicolaou. Las causas del fracaso se deben a dificultades económicas, barreras sociales y culturales, y a la falta de conocimiento sobre la prueba diagnóstica, entre otras<sup>(8-10)</sup>.

La cobertura de Papanicolaou registrada en Uruguay es de 44% y se observa un aumento en la medida en que los controladores del sistema de salud exigen a los diferentes prestadores el envío de la información a la base de datos central en la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC)<sup>(11)</sup>.

A partir de la implementación del Sistema Integrado Nacional de Salud existen avances en la extensión de los derechos de los usuarios en el ámbito sanitario. El acceso a exámenes preventivos sin costo es un reconocimiento legal que posibilita a los pacientes ser personas activas y responsables de su propia salud.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar cuáles son los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con la realización de la citología vaginal, y el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, tomando como muestra a mujeres de dos instituciones hospitalarias de referencia, como son el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y el Hospital de Clínicas (HC).

Estos resultados aportarán a la atención, a la práctica médica y a la efectividad de la prevención de cáncer de cuello uterino en Uruguay.

## Material y método

Se trató de un estudio descriptivo, transversal, que incluyó a todas las mujeres con diagnóstico histológico de

cáncer de cuello uterino invasor realizado en el año 2009, ingresadas en dos centros de referencia de tratamiento: CHPR y HC.

#### *Criterios de inclusión*

1. Tener diagnóstico confirmado por histología en el año 2009.
2. Estar en tratamiento en el CHPR o en el HC.

#### *Criterios de exclusión*

Se excluyeron a las mujeres con diagnóstico de cáncer de útero sin especificar y secundarios o metastásicos.

#### *Período de recolección de datos*

Los datos se recolectaron entre junio de 2010 y setiembre de 2011.

#### *Variables*

El “conocimiento y la actitud” se consideró como “una combinación de tres componentes: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual”. Una actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él<sup>(12)</sup>.

Las prácticas “son la objetivación de las actitudes y el conocimiento que se manifiestan mediante la acción de una persona”. Al mismo tiempo se entiende que las prácticas influyen sobre las actitudes y sobre los procesos cognitivos<sup>(12)</sup>.

#### *Cuestionario*

Las herramientas utilizadas para la investigación fueron un cuestionario y la revisión de historias clínicas.

El cuestionario fue elaborado por los autores en base a una búsqueda de artículos similares<sup>(13-16,18)</sup>.

Incluyó 28 preguntas cerradas que indagaron acerca de características socio-demográficas, nivel de conocimiento sobre la enfermedad, utilidad del test de Papanicolaou, frecuencia recomendada y de quién o dónde obtuvo información acerca del test.

El cuestionario se divide en las siguientes secciones:

1. Conocimientos y actitudes sobre el test de Papanicolaou
  - Utilidad del test.
  - Lugar corporal.
  - Frecuencia, edad de inicio de la prueba.
  - Resultado del test.
  - Fuente de su información.
2. Actitudes.
  - Se presentan afirmaciones vinculadas a diferentes aspectos (“realizado por una mujer/hombre”, “vergüenza para hacerse el examen”, “dolor”, “temor”, “situación familiar no lo permite”, “motivación para hacerse la prueba”, etcétera),

con cinco opciones, desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”.

3. Prácticas preventivas del cáncer de cuello de útero
  - Edad, frecuencia y motivos de visita al ginecólogo previo a su diagnóstico.
  - Edad de inicio y frecuencia de realización del test de Papanicolaou previo a su diagnóstico.
4. Disponibilidad y accesos a servicios preventivos. Se enuncian afirmaciones de las cuales la paciente manifiesta la frecuencia de ocurrencia (desde “nunca” hasta “siempre”, en cinco valores) acerca de:
  - Demoras o dificultades en coordinación/concreción de la cita, tiempos de espera, distancias al centro, dificultades laborales en la visita al ginecólogo y específicamente en la cita para la realización de Papanicolaou.
5. Características sociodemográficas.
  - Edad, nivel educativo, procedencia, religión, estado civil.

#### *Realización del pretest*

Previo a la definición final del cuestionario se aplicó a diez pacientes a efectos de testar el mismo. Se entrenó a un número reducido de encuestadores que aplicaron el formulario a diez mujeres con cáncer de cuello uterino. Se evaluó el orden de las preguntas, su secuencia, su redacción, la correcta comprensión de las mismas y la duración del formulario, se corrigieron errores y se realizaron mejoras.

#### *Encuestadores*

Los encuestadores fueron estudiantes avanzados en la carrera de Doctor en Medicina, que fueron convocados para este proyecto. Se realizaron reuniones de entrenamiento y se elaboró un instructivo para la aplicación del formulario final.

#### *Reclutamiento de pacientes*

El listado de las mujeres portadoras de cáncer de cuello uterino fue aportado por los jefes de los laboratorios de anatomía patológica y las unidades de tratamiento de las respectivas instituciones, usando también la información de la base de datos del PPCCU identificando a aquellas mujeres que se realizaron su Papanicolaou en el año 2009.

Con estos datos, el encuestador ubicó al médico tratante de la paciente y al médico que realizó el seguimiento de la misma. Este dato se extrajo de la historia clínica a la que se tuvo acceso con autorización de la Dirección del hospital correspondiente.

Una vez logrado el contacto con el médico tratante, en la instancia de consulta por control de la paciente, este último le propuso participar en la investigación. La

primera entrevista se realizó en la sala de espera del consultorio y una vez que la paciente accedió al estudio y firmó el consentimiento, se realizó la encuesta en forma confidencial dentro de uno de los consultorios destinados a este propósito. En ningún caso se realizó entrevista domiciliaria.

#### Estadio clínico

Se recolectó la información sobre el estadio clínico de la enfermedad mediante la revisión de las historias clínicas realizadas por un ginecólogo (en los servicios de ginecología, radioterapia y oncología médica), estadificándolo en aquellos en que el dato no está consignado. La estadificación clínica estuvo de acuerdo a FIGO<sup>(17)</sup>.

Se consideraron casos precoces los estadios I y como avanzados los estadios II y más graves.

#### Análisis

Se calcularon medidas de resumen y se elaboraron tablas de frecuencias y de contingencia para la presentación de datos. Se empleó la prueba de chi cuadrado con nivel de significancia de 5% o el test exacto de Fisher. Se utilizó el programa SPSS V15.

Para este estudio se consideró como cáncer de cuello uterino precoz aquel localizado exclusivamente en el órgano (estadio I) y como cáncer avanzado aquel que infiltra otras estructuras adyacentes (estadio II y superiores).

#### Aspectos éticos

Se obtuvo consentimiento informado y la aprobación del Comité de Ética del CHPR.

#### Resultados

Se entrevistaron 68 mujeres usuarias de ASSE portadoras de cáncer de cuello uterino invasor en 16 departamentos de Uruguay. Las variables sociodemográficas se detallan en la tabla 1, con 70% del interior; 56% casadas/unión libre; 66% con solo Primaria concluida; 71% amas de casa.

La edad promedio fue de 50±12 años (media±desvío estándar), siendo la más joven de 25 años y la mayor de 80 años.

#### Conocimiento del test

Con respecto al conocimiento acerca de la utilidad del Papanicolaou, 50 pacientes (75%) respondieron correctamente que detecta enfermedades en el cuello del útero; el más frecuente error fue “que detecta lesiones en los ovarios, en las vías urinarias o que causan infertilidad” en 18 casos (25%).

Frente a la pregunta “¿De dónde se extrae la muestra de Papanicolaou?”, 40 (58,2%) pacientes no tenían conocimiento preciso o estaba equivocado.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con cáncer invasor de cuello uterino según características sociodemográficas. CHPR-HC, 2009. Uruguay (N= 68)

	Número de mujeres	%
<b>Procedencia</b>		
Montevideo	20	29,40%
Interior	48	70,60%
Total	68	100,00%
<b>Edad</b>		
20 - 29	2	2,90%
30 - 39	14	20,60%
40 - 49	20	29,40%
50 - 59	20	29,40%
60+	12	18,00%
Total	68	100,00%
<b>Estado civil</b>		
Casadas o unión libre	38	56,00%
Divorciadas	9	13,00%
Viudas	8	11,80%
Solteras	12	17,60%
Sin datos	1	1,50%
Total	68	100,00%
<b>Religión</b>		
Católica	34	50,00%
Cristiana no católica	16	23,50%
Creyente en Dios sin confesión	13	19,10%
Umbandista	1	1,50%
Atea	4	5,90%
Total	68	100,00%
<b>Educación</b>		
Primaria	45	66,00%
Ciclo Básico Secundaria	14	20,60%
Bachillerato Secundaria	7	10,30%
Terciaria Universitaria	1	1,50%
Sin datos	1	1,50%
Total	68	100,00%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	48	71,00%
Trabajadora formal	10	14,00%
Trabajadora informal	4	6,00%
Jubilada-Pensionista	6	9,00%
Total	68	100,00%

**Tabla 2.** Distribución de pacientes según motivos por la dificultad de accesos a servicios preventivos de ginecología.

Acceso a ginecólogo	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
17A. Le coordinaban una cita para dentro de dos meses o más tiempo	6	11	14	7	30	68
17B. Los tiempos en la sala de espera eran muy largos	17	15	16	4	16	68
17C. No tenía dinero (para pagar el tique o el boleto del ómnibus )	2	6	12	3	45	68
17D. No tenía con quien dejar a sus hijos, nietos u otros niños a cargo	2	0	7	1	58	68
17E. El médico faltaba o debía retirarse durante la consulta	1	0	9	2	56	68
17F. El centro de salud le quedaba lejos	20	5	8	1	34	68
17G. Tenía dificultades para pedir el día en el trabajo	2	2	3	0	61	68
17H. No sabía cómo o dónde coordinar la cita con el ginecólogo	1	1	7	0	59	68

**Tabla 3.** Distribución de pacientes según motivos para la dificultad de accesos a servicios preventivos de realización de PAP.

Acceso a PAP	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
18A. Le coordinaban una cita para dentro de dos meses o más tiempo	4	4	8	3	40	59
18B. Los tiempos en la sala de espera eran muy largos	10	7	8	5	29	59
18C. No tenía dinero (para pagar el tique o el boleto del ómnibus )	1	2	8	2	46	59
18D. No tenía con quien dejar a sus hijos, nietos u otros niños a cargo	1	0	5	0	53	59
18E. El médico faltaba o debía retirarse durante la consulta	0	0	5	0	54	59
18F. El centro de salud le quedaba lejos	14	5	5	1	34	59
18G. Tenía dificultades para pedir el día en el trabajo	1	2	3	0	53	59
18H. Fue varias veces a buscar los resultados y aún no estaban	3	4	7	2	43	59
18I. No sabía cómo o dónde coordinar la cita para realizarse el PAP	0	3	4	0	52	59

**Tabla 4.** Cáncer de cuello uterino precoz y avanzado según la procedencia. CHPR y HC, 2009.

Procedencia	Precoz	Avanzado	Total
Montevideo	9 (60%)	6 (40%)	15 (100%)
Interior	21 (50%)	21 (50%)	42 (100%)
	30 (53%)	27 (47%)	57 (100%)

P-valor > 0,05

Cáncer precoz: localizado en el órgano (estadio I); cáncer avanzado: con extensión regional o a distancia (estadios II y mayores).

En cuanto a la frecuencia, respondieron “una vez al año” 59 (86,8%) y 6 (8,8%) “cada tres años”.

Sobre la pregunta de comenzar a realizarse el Papanicolaou con el comienzo de las relaciones sexuales, 34 (50%) respondieron afirmativamente.

La fuente de información sobre el Papanicolaou, 59 (87%) la obtuvieron del servicio de salud; de la madre 21 (31%); de hermanas 20 (30%); de amigas 16 (24%); de maestros y profesores 9 (13%), de otros 6 (8%).

#### Actitud frente a la prueba de Papanicolaou

Con respecto a las actitudes, estaban “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en percibir el test como “un poco vergonzoso”, 23 (35%); “prefiero que me lo realice una mujer”, 14 (21%); es una prueba “dolorosa”, 13 (20%); tenían “temor al resultado”, 6 (9%), y “la opinión del marido sobre el agrado que consulte al ginecólogo” no influye en la decisión de realizar la prueba preventiva. En 51 pacientes (75%) la respuesta más frecuente como motivo de la no realización del test fue “me dejó estar”.

#### Prácticas preventivas de cáncer de cuello de útero

La visita al ginecólogo se realizó por “primera vez antes de los 30 años” en 58 de las pacientes (85,3%). El principal motivo de visita al ginecólogo fue por “embarazo” o porque “tenía algún malestar”, 31 (45,6%). Lo “realizó por control”, 9 (13,2%).

Se realizaron el test de Papanicolaou por primera vez antes de los 45 años, 46 (67,6%) de los casos; 30 (44,1%) antes de los 30 años, y 16 (23,5%) entre los 30 y 45 años.

Hubo 10 (14%) mujeres que declararon que nunca se realizaron el test. Esta información se confirmó con la base de datos del PPCCU. Además, manifestaron como motivo para la no realización del test la “falta de ganas o de tiempo”, “sangrado”, “no estaba en condiciones”, “no pudo”, “nunca se lo mandaron”, “por pudor”.

En 22 (32,4%) de los casos declararon tener un intervalo entre Papanicolaou normales entre uno y tres años.

En 52 (76%) de los casos las encuestadas desconocen la existencia de la normativa que exonera del pago de tiques y 33 (48%) desconocen que se otorga un día de licencia especial al año para la realización del test.

#### Disponibilidad y acceso a servicios preventivos

Las dificultades encontradas en cuanto a la disponibilidad y el acceso a servicios preventivos se muestran en las tablas 2 y 3. En la tabla 2 se exponen los motivos para la dificultad de los accesos a servicios preventivos de ginecología, donde los tiempos en sala de espera eran muy largos y el centro de salud quedaba muy lejos. En la tabla 3 se exponen las dificultades para tener acceso al PAP. En ambas situaciones las dificultades referidas con mayor frecuencia fueron que “los tiempos en sala de espera eran muy largos” (32/68 para los servicios de ginecología y 17/59 para los servicios de Papanicolaou) y que “el centro de salud quedaba muy lejos” (25/68 para los servicios de ginecología y 19/59 para los servicios de PAP).

#### Estadios clínicos

La información sobre el estadio clínico se pudo obtener en 57 de los 68 casos. Se clasificaron de acuerdo a la estadificación de FIGO, correspondiendo: 30 estadios I; 13 estadios II; 13 estadios III, y 1 estadio IV.

De acuerdo a esta consideración se obtuvo como resultado que 30 (53%) se detectaron en una etapa precoz y 27 (47%) en una etapa avanzada.

Tomando en consideración la procedencia de la usuaria, de las 42 mujeres procedentes del interior del país, 21 (50%) se diagnosticaron en estadio precoz, mientras que para Montevideo, 9/15 (60%) se diagnosticaron en estadio precoz (tabla 4).

Sobre la distribución etaria de los cánceres invasores, se destaca que 55/57 (96%) ocurrieron luego de los 30 años. La mayor frecuencia de los casos se observa entre los 30 y 59 años (tabla 5).

La actitud frente a la prueba del PAP (tabla 6): la respuesta más frecuente fue que “el procedimiento lleva pocos minutos” (91,2%) y el 72% contestó “sé que tengo que hacerme el PAP, pero a veces me dejó estar”, y realizarse el PAP “es un poco vergonzoso” (33,9%).

Respecto al estadio según el intervalo entre muestras, se observa que es mayor el porcentaje de uno a tres años en los estadios precoces (tabla 7).

#### Discusión

La población de este estudio tiene una edad promedio de 50 años, es la edad en que ocurre con mayor frecuencia el cáncer de cuello uterino según el Registro Nacional de Cáncer de Uruguay (Comunicación del RNC, febrero de 2014).

**Tabla 5.** Distribución de mujeres con cáncer invasor según edad y estadio de la enfermedad. CHPR, 2009. Uruguay

Edad	Precoz (I)	Avanzado (II+)	Total	Precoz	Avanzado	Total
20-29	1	1	2	3%	4%	4%
30-39	6	5	11	20%	19%	19%
40-49	12	7	19	40%	26%	33%
50-59	8	9	17	27%	33%	30%
60 +	3	5	8	10%	19%	14%
Total	30	27	57	100%	100%	100%

Trends test: valor  $p > 0,05$ .**Tabla 6.** Actitud frente a la prueba de PAP. Distribución porcentual (N=68)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No contesta	Total
Realizarse el PAP es doloroso	0,0	13,2	5,9	72,1	2,9	5,9	100,0
Prefiero que el PAP me lo realice una mujer	4,4	16,2	20,6	52,9	2,9	2,9	100,0
El procedimiento del PAP lleva pocos minutos	8,8	82,4	4,4	1,5	0,0	2,9	100,0
No me hago el PAP por temor a su resultado	0,0	5,9	2,9	83,8	4,4	2,9	100,0
Realizarse el PAP es un poco vergonzoso	1,5	32,4	1,5	60,3	1,5	2,9	100,0
A mi marido no le agrada mucho que vaya al ginecólogo y me realice exámenes	0,0	1,5	5,9	77,9	10,3	4,4	100,0
Sé que tengo que hacerme el PAP, pero a veces me dejo estar	16,2	58,8	0,0	22,1	0,0	2,9	100,0

Dicha población se caracteriza por tener bajo nivel de escolaridad, baja cobertura en la citología, similar a la registrada en la población general pública y privada (44%)<sup>(11)</sup>, con predominio de mujeres del interior (42/57) y con estadios avanzados de la enfermedad.

De los resultados concluimos que los conocimientos son correctos acerca de la utilidad y la frecuencia recomendada para la realización del Papanicolaou, como en Colombia<sup>(9)</sup>, a diferencia de otros trabajos en Latinoamérica que señalan un conocimiento incorrecto<sup>(10)</sup>. En nuestro estudio el nivel elevado de conocimiento puede deberse a que existió un sesgo de selección, ya que todas las mujeres encuestadas tenían cáncer de cuello uterino en tratamiento, lo cual implicaba un contacto con el servicio de salud frecuente. Sin embargo, el nivel de conocimiento es bajo para la pregunta “¿en qué parte del

aparato genital se realiza el Papanicolaou?”, 28/68 respondieron a nivel de cuello de útero.

Un hallazgo importante es que la mitad de las mujeres desconocen que se comporta como una infección de transmisión sexual.

En 51/68 (77%) el motivo por el cual no concurren a hacerse el Papanicolaou es porque “se dejan estar”. Este motivo fue similar al declarado por mujeres embarazadas tratadas en el CHPR que no concurrían a controles prenatales en el hospital, en un estudio del año 2012<sup>(19)</sup>.

A diferencia de estudios realizados en otros países, las mujeres encuestadas manifestaron que no existía un impedimento para concurrir al ginecólogo por parte de su marido o pareja. Esta actitud favorece la utilización del test<sup>(20)</sup>.

No existe la percepción de que la prueba sea dolorosa o prefiera que la prueba sea realizada por una mujer, a

**Tabla 7.** Estadio según intervalo declarado entre PAP, siendo sus resultados normales

Estadio	Intervalo entre muestras		
	De 1 a 3 años	De 5 o más años	
I-	13	4	20
	72%	25%	
II+	4	12	14
	28%	75%	
Total	18	16	34
%	100,0	100,0%	100,0%

p = 0,01

diferencia de un estudio realizado en Chile<sup>(21)</sup>. Sin embargo, a 23/68 mujeres les causa un poco de vergüenza, similar a un estudio realizado en Argentina que encontró el sentimiento de vergüenza como una barrera mencionada para la no realización del Papanicolaou<sup>(22)</sup>.

Es probable que el personal de salud no realice una suficiente y clara información a las pacientes sobre la citología vaginal.

### Prácticas preventivas

A pesar de saber que la frecuencia adecuada para el Papanicolaou es entre uno y tres años, para 95% la práctica preventiva de consultar al ginecólogo en ese mismo período es baja (20/68).

Cincuenta y ocho de las pacientes (85,3%) consultó al ginecólogo antes de los 30 años. Pero solo 9 (13,2%) lo hicieron por control y 54 (79,4%) lo hicieron por embarazo o por sentirse enferma, a pesar de que 50 (73,5%) declararon que conocían la utilidad del test. Es decir, conocían su utilidad pero de todos modos no consideraron importante realizarse el estudio. En definitiva, la usuaria no tiene una percepción real del riesgo de enfermar en caso de no realizarse los exámenes preventivos.

El motivo de consulta por control fue solo de 13% (9/68). De acuerdo con Vargas<sup>(12)</sup>, vemos cómo la práctica influye sobre el conocimiento. A pesar de la respuesta correcta acerca del conocimiento del test, la práctica nos demuestra que no se ha valorizado ese conocimiento en su real dimensión.

Se desconoce si los médicos generales inducen a las mujeres a realizarse el control cuando los consultan por

otros motivos, y que exista una actitud pasiva de la mujer y del médico general.

Con respecto a la frecuencia con que se realizaban el test cuando los resultados eran normales, 44 (67,6%) pacientes lo hacían cada cinco años o más, o no saben, o nunca. Este aspecto contrasta con lo declarado en el conocimiento, donde más del 90% declaró que sabían que debían hacerlo entre uno a tres años.

Se destaca que en la práctica más del 67% de las pacientes no se lo realizaba con la frecuencia adecuada cuando los resultados eran normales, lo que está demostrando la falta de conocimiento de la importancia de la repetición periódica del test.

No se evidenciaron barreras culturales o de acceso para la realización del test. Sin embargo, se constató la demora en la coordinación de la cita y los tiempos de espera muy largos, lo cual podría desestimular a las mujeres para la realización del test preventivo.

Con respecto a los estadios, solo 5/57 casos se diagnosticaron en estadio IA (carcinoma microinvasor), lo que demuestra la captación tardía por el sistema de salud.

Otro punto importante es que a pesar de la disminución de la mortalidad por cáncer en los años 2010, 2011 y 2012, aún se diagnostican en estadios muy avanzados de la enfermedad, III y IV, 14/57 (24,5%), que tienen una baja sobrevida y de mala calidad.

Dos casos de cáncer invasor (3,5%) se detectaron en pacientes menores de 30 años, lo que sustenta la hipótesis de que los mayores esfuerzos en el tamizaje deben hacerse en el grupo de mujeres mayores de esa edad.

A los efectos de disminuir los cánceres invasores y disminuir la mortalidad, debería comenzarse en las mujeres jóvenes con la concientización de la importancia del uso de métodos barrera, como prevención primaria del cáncer, como el mejor mecanismo para evitar las infecciones de transmisión sexual, en especial el papiloma virus, aunque su protección no sea total.

Antes del inicio sexual, promover las vacunas profilácticas y luego de los 30 años intensificar la prevención secundaria de la enfermedad mediante el tamizaje de las lesiones precancerosas.

### Conclusiones

No son muchas las dificultades para realizarse el PAP, se encuentra disponible, sin costo, en el prestador público mayoritario, ASSE; sin embargo, hay una falta de motivación de las mujeres para realizarse el examen.

Este estudio exploró los conocimientos, las actitudes y las prácticas de mujeres con cáncer invasor, no obstante el cuestionario podría aplicarse a las mujeres sanas que están dentro de la población objetivo del PPCCU



(30-64 años) pertenecientes a la población general, incluyendo el sector privado.

El nuevo modelo de atención de la salud debería procurar aumentar la cobertura de PAP y mejorar la participación de las mujeres en su autocuidado, así como el seguimiento de las usuarias con resultados patológicos. Los resultados de esta investigación podrían motivar a los gestores del sistema de salud a realizar nuevas estrategias con acciones informativas acerca de la etiología y la historia natural del cáncer de cuello uterino en la población de menor nivel educacional y trabajo informal, para que utilicen en el momento oportuno y con la frecuencia recomendada los exámenes de tamizaje que hasta el presente son los únicos que han demostrado que utilizados de una manera eficiente reducen la mortalidad por esta enfermedad<sup>(23-25)</sup>. Recomendar la citología a las mujeres de entre 30 y 64 años que consultan por otros motivos e información en cantidad y calidad por parte de los profesionales sanitarios puede ayudar a las usuarias a desarrollar una actitud activa respecto a su salud.

En futuras investigaciones podrían completarse los resultados obtenidos con enfoques cualitativos para alcanzar un mayor nivel de conocimiento del complejo proceso del autocuidado que condiciona la participación de las mujeres en el PPCCU.

### Abstract

In Uruguay there are 351 new cases of cervical cancer and an average of 140 women die from this disease. Today, there is a Program for the Secondary Prevention of Cervical Cancer, the screening of which is done with the conventional Pap test for users of the Public Health System. Likewise, there are national provisions that oblige private health providers to offer it for free. Notwithstanding this, a large number of women consult with advanced stages of the disease, with little possibilities for cure.

**Objective:** to determine awareness, attitudes, practices and stage of the disease for users of the Pereira Rossell Hospital Center and the University Hospital with an invasive cervical cancer diagnosis during 2009.

**Method:** observational, descriptive study applied to all women with a diagnosis of invasive cervical cancer through survey and the review of medical histories, performed from June, 2010 through September 2011.

**Results:** 68 patients were interviewed, 75% of whom proved they knew about the test's usefulness, although the same percentage of women declared they failed to have it due to lack of motivation. As a matter of fact, only 13% of women sought a Pap smear test for control. According to what they stated, the main barriers were delays in the waiting room and in access to an appointment to have the test done hospital in the health

systems. 47% of surveyed patients initiated treatment in advanced stages of the disease.

**Conclusion:** the study reveals users fail to undertake a preventive behavior in spite of their being aware of the test and its usefulness. The health system should implement appropriate information strategies so that the screening tests are timely and frequently used.

### Resumo

No Uruguai são registrados 351 novos casos de câncer de colo de útero e morrem em média 140 mulheres por ano por essa causa. Existe um Programa de Prevenção Secundária de Câncer de Colo de Útero que emprega o exame de Papanicolaou convencional para tamizagem de paciente; este programa oferece este exame gratuitamente às usuárias de ASSE (Administração de los Servicios de Salud del Estado) existindo ademais normas governamentais que obrigam os prestadores do sistema de saúde privada a oferecê-lo sem custo às suas usuárias. No entanto, um número significativo de mulheres consultam em estádios avançados da doença, com poucas possibilidades de cura.

**Objetivo:** determinar os conhecimentos, atitudes, práticas e o estágio da doença em usuárias do CHPR (Centro Hospitalario Pereira Rossell) e do HC (Hospital de Clínicas) com diagnóstico de câncer de colo de útero invasor realizado durante o ano 2009.

**Material e método:** estudo observacional, descritivo, incluindo todas as mulheres com diagnóstico de câncer de colo útero invasor através de entrevistas e revisão de prontuário de paciente, realizado entre junho de 2010 e setembro de 2011.

**Resultados:** 68 pacientes foram entrevistadas; 75% das usuárias respondeu adequadamente sobre a utilidade do exame; a mesma porcentagem declarou que não fazia o exame por falta de motivação. Na prática somente 13% das pacientes fez o exame de Papanicolaou por controle. As principais barreiras declaradas foram as demoras na sala de espera e conseguir dia e hora para a realização do exame nos serviços de saúde. 47% das entrevistadas iniciou seu tratamento em estádios avançados da doença.

**Conclusão:** as usuárias não assumem uma conduta preventiva apesar de ter conhecimento adequado. O sistema de saúde deveria implementar estratégias adequadas de informação para que realizem os exames de tamizagem no momento oportuno e com a frequência recomendada.

### Bibliografía

1. **International Agency for Research on Cancer.** Globocan 2008: cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: IARC, 2008.

2. **Barrios E, Garau M, Alonso R, Museti C.** IV Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay. Montevideo: CHLCC, 2014:85. Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_394\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_394_1.html) [Consulta: 1 marzo 2015].
3. **Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.** Registro Nacional de Cáncer. Tendencias de la mortalidad por cáncer en el Uruguay: 1990-2012. Montevideo: CHLCC, 2012. Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_216\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_216_1.html). [Consulta: 1 marzo 2015].
4. **Di Saia PJ, Creasman WT.** Clinical gynecologic oncology. 8 ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders, 2012.
5. **Uruguay: Ministerio de Salud Pública.** Ordenanza 402 de fecha 11/07/2006: estudios gratis de Papanicolaou y mamografías. Montevideo: MSP, 2006.
6. Ley 17242: prevención de cánceres genito-mamarios. Montevideo, 28 junio 2000.
7. Decreto 571/2006, Promulgado el 19 de Diciembre de 2006 y publicado en Montevideo: Diario Oficial, pag.1729 del 2 de Enero de 2007.
8. **Figuroa Solano NM.** Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos del distrito de Barranquilla: 2010. Tesis de Magister en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Programa de Maestría en salud Pública, 2011.
9. **Cardozo J.** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. Sucre: Marie Stopes, 2004. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nccu27523.pdf>. [Consulta: 18 marzo 2014].
10. **Bazán F, Posso M, Gutiérrez C.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. An Fac Med (Perú) 2007; 68(1):47.
11. **Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.** Cobertura del Programa en el Uruguay. Montevideo: CHLCC, Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_278\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_278_1.html). [Consulta: 27 marzo 2015].
12. **Vargas Ruiz R.** Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica. San José, CR: Instituto de Estudios Sociales en Población, 2005. Disponible en: <http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7360/2-Propuesta%20de%20una%20escala%20psicom%C3%A9trica.pdf?sequence=1>. [Consulta: 19 febrero 2015].
13. **Padua J, Ahman I.** Escalas para la medición de actitudes. En: Padua J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: FCE, 1979:154-230.
14. **Al Sairafi M, Mohamed FA.** Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. Med Princ Pract 2009; 18(1):35-42.
15. **Moreira ED Jr, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G.** Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. Int J Gynecol Cancer 2006; 16(2):599-603.
16. **Brenna S, Hardy E, Zeferino LC, Namura I.** Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. Cad Saúde Pública 2001; 17(4):909-14.
17. **Pecorelli S.** Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet 2009; 105(2):103-4.
18. **Navarro Lechuga E, De las Salas Martínez RP.** Uso de la citología vaginal en mujeres afiliadas al régimen subsidiado atendidas en la Unidad Hospitalaria La Manga de Barranquilla (Colombia), 2006. Salud Uninorte (Barranquilla) 2008; 24(2):191-204.
19. **Verde M, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I, et al.** Embarazo sin control: análisis epidemiológico. Rev Méd Urug 2012; 28(2):100-7.
20. **Urrutía MT, Araya A, Poupin L.** ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73(2):98-103.
21. **Valenzuela MT, Miranda A.** ¿Por qué no me hago el Papanicolaou?: barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev Chil Salud Pública 2001; 5(2-3):75-80.
22. **Zimberlin N, Thouyaret L, Arrossi S.** Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. Buenos Aires: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino, 2011.
23. **Agurto I, Sandoval J, De La Rosa M, Guardado ME.** Improving cervical cancer prevention in a developing country. Int J Qual Health Care 2006; 18(2):81-6.
24. **International Agency for Research on Cancer.** Handbook of cancer prevention volume 10: cervix cancer screening. Lyon: IARC, 2005.
25. **World Health Organization.** Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: WHO, 2006.