

CONOCIMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y HALLAZGOS CITOLÓGICOS EN MUJERES DE ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS BAJOS

JOSÉ RAMÓN URDANETA MACHADO, MARÍA LORENA NAVA SUAREZ, JOSÉ GARCÍA, MARITZA CEPEDA DE VILLALOBOS, NASSER BAABEL ZAMBRANO, JENNY SALAZAR, ALFI CONTRERAS BENÍTEZ, ANDREA MUJICA ARRAIZ

DEPARTAMENTO MORFOFISIOPATOLOGÍA, ESCUELA DE BIOANÁLISIS, DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, ESCUELA DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

RESUMEN

OBJETIVO: Relacionar el nivel de conocimiento acerca del cáncer cervicouterino con los hallazgos encontrados en citologías cervico-vaginales de mujeres pertenecientes a estratos sociales bajos atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”. **MÉTODO:** Investigación correlacional se estudiaron 50 mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos; a quienes se les aplicó cuestionario para la evaluación del nivel de conocimiento acerca del cáncer y se les tomó una muestra para citología cervico-vaginal, la cual fue teñida con tinción de Papanicolaou. **RESULTADOS:** La mayoría de las mujeres demostraron un nivel de conocimiento suficiente (64 %), siendo la puntuación promedio arrojada por el cuestionario de 16,02±03,14 puntos. Aunque, la mayor parte de las pacientes presentaron hallazgos citológicos anormales (80 % infecciones, 32 % lesiones intra-epiteliales de bajo grado y 10 % de alto grado), no se encontró relación significativa entre los estratos socioeconómicos con el nivel de conocimiento acerca del cáncer ($P > 0,05$) o con los hallazgos citológicos ($P > 0,05$), ni tampoco entre los hallazgos citológicos y el nivel de conocimiento; no estando estas expuestas a un mayor riesgo de presentar una lesión premaligna de bajo (OR [IC95 %]= 0,416 [1,122-1,420]; $P > 0,05$) o alto grado (OR [IC95 %]=1,142 [0,188-6,949]; $P > 0,05$) por tener un menor nivel de conocimiento sobre la enfermedad. **CONCLUSIÓN:** No existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los hallazgos citológicos en las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos evaluadas.

PALABRA CLAVE: Cáncer, cervicouterino, citología, cervico-vaginal, conocimiento, estratos, socioeconómicos.

SUMMARY

OBJECTIVE: The objective of this work is to relate the knowledge level about cervical cancer with the findings in cervical vaginal smears of women from lower social strata they attending at the gynecology consultation in the Maternity “Dr. Armando Castillo Plaza”. **METHODS:** A correlation research, which were studied 50 women belonging to lower socioeconomic strata, and they answered a questionnaire for assessing the level of knowledge about the cervical uterine cancer and we were obtaining sampled to cervical vaginal cytology, which was stained with the Papanicolaou stain. **RESULTS:** Most women demonstrated a sufficient level of knowledge (64 %), the average score being thrown by the questionnaire of 16. 02 ± 3.14 points. Although most of the patients had abnormal in the cytological findings (80 % infections, 32 % of them has low grade intra epithelial lesion and the high-grade 10 %), no significant relationship was found between the socioeconomic level of knowledge about the cervical cancer ($P > 0.05$) or the cytology findings ($P > 0.05$), nor between cytological findings and the level of knowledge, these being not at increased risk of having a low grade (OR [95 % CI] = 0.416 [1.122 to 1.420], $P > 0.05$) or high grade SIL (OR [95 % CI] = 1.142 [0.188-6.949], $P > 0.05$) to have a lower level of knowledge about the disease. **CONCLUSION:** No exist a significant association between the level of knowledge and cytological findings in women from lower socioeconomic evaluated.

KEY WORDS: Cancer, cervical uterine, vaginal, cytology, knowledge, strata, socioeconomic

Recibido: 08/05/2013 Revisado: 04/07/2013
Aceptado para publicación: 27/08/2013

Correspondencia: Dr. José Ramón Urdaneta.
Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Calle 65
con av. 20. Núcleo de ciencias de la salud. Apartado
postal 15165. Tel: 58 (0261) 4127201. 58-414-
6173150. E-mail:doctorjrjrum@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer cervicouterino (CCU) es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en el mundo, con una incidencia de 9,8 % y se estima que anualmente en el mundo se diagnostican alrededor de 500 000 nuevos casos de cáncer cervical invasor, de los cuales la mitad son mortales; en países subdesarrollados es el segundo cáncer más frecuente y la neoplasia ginecológica más frecuente ^(1,2). Aunque es el tumor maligno con mejores posibilidades de pesquisa y tratamiento, la tasa de años de vida potencialmente perdidos en la mujer por CCU es de 129 por 100 000 mujeres, la cual es la mayor tasa reportada, asignándole una trascendencia social y económica, pues afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad reproductiva ⁽³⁾; su riesgo aumenta rápidamente alrededor de los 29 años, llegando a su punto culminante entre los 45 y 49 años ⁽⁴⁾.

Existe una gran variabilidad en la distribución geográfica de este tumor, mucho más frecuente en países en vías de desarrollo, donde se diagnostican el 80 % de los casos. Las regiones con mayor riesgo de CCU incluyen el sur y este de África, el Caribe, Centroamérica y algunos países de Latinoamérica, donde la incidencia anual excede los 30 por 100 000 mujeres; cada año se estima que 273 000 mujeres fallecen de cáncer cérvico-uterino, sobre tres cuartas partes de ellos en países en vías de desarrollo ⁽⁵⁾.

Al analizar las tasas de mortalidad por CCU en diferentes países, se observó 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 con algunas naciones de Europa, Japón y Australia. Asimismo, cuando se comparan las tasas de mortalidad ajustadas de Canadá y EE.UU, con las de los países de América Latina (Colombia, Venezuela, Brasil, México,

Perú Costa Rica), es evidente que dichas tasas de muerte son más altas en estos últimos años ⁽⁶⁾. Sin embargo, en Chile la tasa de mortalidad por CCU ha tenido una tendencia sostenida a disminuir desde hace varios años, al inicio de la década de los noventa había una tasa de 11,8 por 100 000 mujeres, mientras que para el año 2005 fue de 8,2 por 100 000, constituyéndose actualmente en la quinta causa de muerte de la mujer, que se manifiesta a través del fallecimiento aproximado de dos mujeres por día ⁽⁷⁾.

Por su parte, en Venezuela, el CCU es una de las primeras causas de muerte en las mujeres, particularmente en edad reproductiva, y su incidencia se ha incrementado considerablemente en los últimos 20 años, siendo las mujeres jóvenes las más afectadas por esta entidad ⁽⁸⁾. De acuerdo a los Anuarios de Estadística y Epidemiología del Ministerio del Poder Popular para la Salud, en el país mueren aproximadamente 900 mujeres al año por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad aproximada de 10 x 10 000 y con una distribución etaria a predominio de 30 a 60 años, incluyendo así a gran parte de la población activa ⁽⁹⁾; en los estados: Trujillo, Mérida, Táchira, Zulia, Guárico, Yaracuy, y Falcón, el CCU representa aproximadamente un 20 % de las muertes, llegando a superar el promedio anual de las tasas de mortalidad por esta entidad ⁽⁶⁾.

En la década de los años cincuenta se comenzó el examen regular con el test de Papanicolaou (PAP) o prueba citológica, lo cual fue una revolución en el campo de la ginecología por su impacto en la reducción de la mortalidad por cáncer cervico-uterino; llegando a convertirse en el estándar de asistencia en la mayoría de los países desarrollados, lo que ha conducido a un incremento en el diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o lesiones intraepiteliales (LIE) como se denomina actualmente ⁽¹⁰⁾. La citología cervical es un método eficaz, sencillo, rápido y económico para detectar tempranamente el cáncer del cuello del

útero e infecciones por algunos microorganismos, contribuyendo al diagnóstico precoz de lesiones que pueden evolucionar hacia el cáncer ⁽¹¹⁾; se ha demostrado que el realizarse una citología cervical anual, reduce las posibilidades de que una mujer fallezca de cáncer cervical de 4 por 1 000 a un 5 por 10 000 ⁽¹²⁾.

El desarrollo de la citología exfoliativa, utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significó un avance en la prevención de CCU en mujeres con vida sexual ⁽¹³⁾; el conocimiento sobre la historia natural del cáncer de cérvix ha permitido identificar los puntos críticos para la realización del tamizaje que conduzcan al diagnóstico temprano y consecuentemente a una decisión terapéutica eficaz ⁽¹⁴⁾. No obstante, el panorama es distinto en los países pobres donde los programas de tamización no se han implementado o han sido inadecuados y tanto la incidencia como la mortalidad siguen siendo un problema de primer orden ⁽¹⁵⁾. En Venezuela, a pesar de que existen programas de pesquisa de CCU, la cobertura no ha sido suficiente, solo incluyen al 40 % de la población femenina con riesgo de desarrollar la enfermedad, lo cual resulta en el diagnóstico tardío de la enfermedad ⁽⁹⁾; estando la mayor incidencia entre las mujeres de 40 y 45 años, e identificándose como el factor de riesgo más importante el no haberse realizado nunca una citología o haber transcurrido un período mayor de 5 años desde su última realización ⁽¹⁶⁾.

Aunque se conoce que los países menos desarrollados tienen 1,8 veces más incidencia y 2,8 veces más mortalidad por esta enfermedad, persisten algunas barreras técnicas, económicas o culturales que impiden que los programas de pesquisa estén establecidos o sean eficientes ⁽¹⁷⁾. En este sentido, la mortalidad resultante del CCU puede ser atribuida a tres factores principales, los cuales son las fallas en la cobertura de los programas de despistaje, el fracaso de la prueba de PAP para detectar una anomalía, y el incumplimiento a las recomendaciones y

seguimiento luego del resultado anormal en una citología cervicovaginal ⁽¹⁸⁾.

El CCU es considerado como una enfermedad de la pobreza, diversas evidencias dan prueba de ello. Además, de que debe ser considerado como un problema tanto de equidad de género, puesto que lastima la dignidad de la mujer, como de equidad regional, debido no solo a las diferencias de desarrollo económico y social, sino en cuanto a la infraestructura física y de recursos humanos que otorgan los servicios de salud ⁽¹⁹⁾. Sin lugar a dudas, la pobreza es una de las condiciones que acompañan al CCU, las mujeres que sufren de cáncer de cérvix invasor son una población con un perfil de altos niveles de pobreza, bajos niveles de escolaridad, muy baja cobertura en la realización de citologías en esquema adecuado y por consiguiente de alta incidencia de estadios avanzados de la enfermedad ^(1,15).

Inclusive en países desarrollados, como en EE.UU, se ha encontrado que las mujeres pertenecientes a las minorías étnicas y a bajos estratos socioeconómicos tienen un mayor riesgo a la no adherencia tanto a los programas de pesquisa como a las estrategias de seguimiento en caso de encontrárseles citologías anormales; por lo que experimentan una elevada incidencia de CCU y mayores tasas de mortalidad ⁽²⁰⁾. En la actualidad el 80 % de los casos nuevos se producen en países en desarrollo, siendo más frecuente entre las mujeres de las regiones menos adelantadas ⁽⁴⁾; agravándose esta problemática por el hecho de que el seguimiento después de una prueba de PAP anormal se ha convertido cada vez más caro y fuera del alcance de muchas mujeres de bajos ingresos y sin seguro médico ⁽¹⁷⁾.

De igual forma, estudios realizados señalan que el grado de conocimiento es uno de los factores que favorecen que las mujeres se tomen el PAP ⁽²¹⁾; en este sentido, se ha señalado que las mujeres con niveles educativos inferiores pueden ser menos propensas a participar en los programas de despistaje y a cumplir las recomendaciones efectuadas luego de un

resultado anormal, probablemente a causa de una comunicación inefectiva entre los profesionales sanitarios y estas mujeres ⁽¹⁸⁾. Asimismo, se ha determinado que el 70 % de las mujeres sin escolaridad incumplen en la realización oportuna del tamizaje ⁽¹⁴⁾.

Así pues, las intervenciones educativas como la consejería para explicarles mejor a estas mujeres su condición y la necesidad de recibir algún tratamiento, han mostrado incrementar la adherencia entre las mujeres menos educadas; puesto que también se cree que las mujeres menos educadas pueden tener una mayor ansiedad por la posibilidad de tener cáncer cervical, mientras que las mujeres más educadas pueden ver una prueba de PAP anormal como algo no tan preocupante ⁽¹⁸⁾. Asimismo, se ha reportado que las mujeres que tenían mejor información respecto a la prevención, etiología, factores de riesgo o pronóstico de la enfermedad, tienen mayor frecuencia de asistencia a los programas de despistaje y mejores tasas de cumplimiento con las recomendaciones efectuadas ⁽¹⁴⁾; materiales educativos impresos sobre la citología anormal pueden reforzar estos mensajes de consejería y reducir el estrés de las pacientes, quienes deben digerir demasiada información en muy poco tiempo ⁽²²⁾.

Los conceptos erróneos sobre la citología cervicovaginal distorsionan la esencia de este tipo de estudio, a pesar de ser un método sencillo, indoloro y muy rápido de realizar, el temor y desconocimiento son algunos de las explicaciones que suelen justificar las causas de la inasistencia al médico para realizarse el despistaje del CCU ⁽²³⁾. Igualmente, investigaciones recientes han revelado que el hecho de conocer la utilidad o las ventajas del examen, a través del proceso de objetivación entra en conflicto con los procesos de culpa que implica el reconocimiento de una vida sexual activa y posible asociación causal con una enfermedad tradicionalmente asociada a la muerte, lo cual constituye un problema en el anclaje de los contenidos e influye en la decisión

de practicarse la citología ⁽²⁴⁾.

Aunque el sistema público de salud venezolano ha desarrollado una eficiente estructura física y profesional para pesquisar el CCU en las pacientes, aún existe una serie de factores que impiden aumentar la cobertura de estos programas, entre ellos el aspecto educativo representado por los conocimientos que poseen estas mujeres sobre esta patología y cómo prevenirla. Por otra parte existe una profunda deficiencia en la atención terapéutica, debido a la carencia de equipos y a que los equipos operativos tienen múltiples problemas técnicos, son de tecnología desactualizada y solo cubren a parte de la población que padece la enfermedad ⁽⁹⁾.

Conociendo la problemática existente en el país con el diagnóstico, tratamiento y mortalidad de las pacientes con cáncer de cuello uterino, surgió el propósito de relacionar el nivel de conocimiento acerca del cáncer cervicouterino con los hallazgos encontrados en citologías cervico-vaginales de mujeres pertenecientes a estratos sociales bajos atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, en Maracaibo, Venezuela.

MÉTODO

Investigación de tipo correlacional con diseño no experimental y contemporáneo transeccional, en la cual se estudió una muestra intencionada y no aleatoria compuesta por 50 pacientes que participaron en el programa de pesquisa oncológica y les fueron practicada la citología cervico-vaginal. Para su selección se incluyeron mujeres no grávidas con más de 19 años y menor de 45 años de edad, sin contraindicaciones para la realización de la citología cervico-vaginal y que manifestaron su deseo voluntario de participar en la investigación y consentimiento informado del mismo. Se excluyeron aquellas pacientes con embarazos activos, diagnóstico histopatológico documentado de cáncer cervicouterino o lesiones premalignas o que no aprobaron la realización

del procedimiento. Por medio de la técnica de la encuesta, se aplicó un cuestionario que consistía en un listado de veinte (20) cuestionamientos dirigidos a determinar el conocimiento de las interrogadas acerca del CCU en relación con su definición, factores de riesgo y medidas de prevención. Cada interrogante tenía opciones de respuestas cerradas y dicotómicas, categorizadas como SI o NO, de tal manera que las personas encuestadas manifestaran su reacción ante cada afirmación seleccionando la alternativa propuesta; a las preguntas positivas se les dará un valor de uno (1) y a las negativas de cero (0). Por tanto, podría arrojar una puntuación máxima de veinte (20) puntos y una puntuación mínima de cero (0) puntos.

El grado de conocimiento se determinó mediante una escala de valoración (Baremo) siendo distribuido en las siguientes categorías: deficiente: si respondía correctamente menos de 10 preguntas; insuficiente: si respondía correctamente entre 10-15 preguntas y suficiente: si respondía de forma adecuada 16-20 preguntas.

Para este instrumento se utilizó la validación de contenido y de apariencia mediante la técnica de juicio de experto, en la cual se utilizaron tres (03) expertos que valoraron si los ítems del instrumento evaluaban y se relacionaban perfectamente con sus respectivos indicadores y dimensiones; asimismo, recomendaron que aspectos debían ser modificados en el instrumento. En tanto que para determinar su confiabilidad, se procedió a realizar el cálculo de la estabilidad o confiabilidad por *test-retest*; para lo cual aplicó el cuestionario a 20 sujetos, los cuales no pertenecerán a la muestra estudiada, pero igualmente forman parte de la población objeto de estudios; accediendo a esta muestra en dos oportunidades diferentes, con un lapso de diferencia de siete (7) días. El índice de confiabilidad del instrumento resultante por el cálculo de estabilidad fue de 0,946; lo cual representa un alto grado de confiabilidad del mismo.

Para la ejecución de esta investigación, a cada una de las pacientes seleccionadas en la consulta ginecológica, se les llenó una ficha de trabajo y previa explicación del procedimiento a seguir, les fue solicitado el consentimiento por escrito para la inclusión en el estudio de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki para estudio en humanos. Una vez, otorgada la aprobación para participar en el estudio, cada paciente procedió a responder el cuestionario previa explicación del mismo y en un ambiente de privacidad aislada del resto de las pacientes y de la inherencia del personal sanitario.

Seguidamente se procedió a efectuar una consulta ginecológica integral, la cual incluyó una entrevista minuciosa por medio del interrogatorio clínico, se investigaron los siguientes datos: edad cronológica, edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales, estado civil, grado de instrucción, tipo de vivienda e ingreso familiar; para determinar el estrato socioeconómico al cual pertenecen; además de una valoración clínica por sistemas y de la toma de una muestra para una prueba de PAP mediante la citología cervicovaginal.

Las citologías cervicales fueron teñidas con la tinción de Papanicolaou y se procesaron en los laboratorios del Departamento de Anatomía Patológica del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, sede del posgrado en esa especialidad de la Universidad del Zulia. Los resultados se reportaron siguiendo la nomenclatura Bethesda ⁽⁵⁾, además en el informe de la citología se incluyeron los grados de inflamación observados (leve, moderado y severo), la presencia de los microorganismos detectados por la citología cervical (*candida*, *gardnerella vaginalis*, o *trichomonas vaginalis*) y cambios que sugieren la presencia del virus papiloma humano (VPH).

Los datos obtenidos fueron organizados y recopilados en una base de datos; para posteriormente ser procesados mediante el empleo del paquete estadístico para ciencias

sociales (SPSS), versión 17. Por tratarse de una investigación de tipo descriptiva, se aplicó un tratamiento estadístico de igual naturaleza; para lo cual se calcularon medidas de tendencia central como promedios, medias y medidas de dispersión como la desviación estándar (DE). Para realizar la relación entre las dos variables a estudiar se aplicó un análisis lineal de regresión logística, determinando las razones de riesgo o *odds ratio* y sus respectivos intervalos de confianza al 95 %; mientras que para conocer la significación estadística del 95 % ($P < 0,05$ %) se aplicó el test exacto de Fischer. Finalmente, los resultados obtenidos se expresaron en tablas de distribución de frecuencias.

RESULTADOS

En primer lugar se presenta el análisis descriptivo cuantitativo de algunas de las principales características presentes en las pacientes incluidas en esta investigación. Como se observa en el Cuadro 1, la edad promedio de las pacientes fue de 28 años, la menarquía a los 11 años, primera relación sexual a los 16 años, paridad de 2 hijos, mientras que el número de pareja fue 3. Por su parte, se encontró una gran cantidad de pacientes con factores de riesgo para CCU, entre lo que destacan que 68 % de las mujeres evaluadas no utilizan métodos de barreras como el preservativo, 52 % no se realizan la citología vaginal anual, presentando menos de 3 en los últimos cinco años previos, 48 % utilizan contraceptivos hormonales, 40 % no poseen una pareja estable, 38 % refieren ser fumadoras y 28 % refieren el antecedente de operación cesárea. En cuanto a las condiciones socioeconómicas, solo se incluyeron mujeres de estratos bajos; siendo en su mayoría de la clase obrera o estrato IV (48 %) y de procedencia urbana (80 %).

En el Cuadro 2 se presenta el análisis frecuencial del nivel de conocimientos acerca del CCU en relación con la definición de la

enfermedad; encontrándose que la mayoría de las mujeres conocen que el cáncer es una enfermedad grave y mortal (90 %), considerado un problema prevenible (86 %), pero que puede conllevar a la extracción del útero (70 %), el cual es precedido de lesiones premalignas (82 %), las cuales pueden ser tratadas (90 %). Por su parte, al evaluar los saberes acerca de la definición de los factores de riesgo para CCU, se pudo evidenciar que la mayoría de las mujeres reconocen que tanto el inicio precoz de las relaciones sexuales (72 %) como las infecciones vaginales frecuentes (76 %), la infección por el VPH (76 %), haber tenido múltiples parejas sexuales (80 %), la multiparidad (76 %), tabaquismo (82 %) o no acudir periódicamente al ginecólogo para la pesquisa oncológica (82 %), constituyen los principales factores que estas mujeres identifican como predisponentes para presentar CCU (Cuadro 3).

La evaluación del conocimiento sobre las medidas preventivas para el CCU, se muestran en el Cuadro 4, donde se evidencia que las mujeres pertenecientes a bajos estratos socioeconómicos evaluadas reconocen a la citología cervico-vaginal como el método idóneo para la detección oportuna del CCU (84 %), la cual debe realizarse anualmente (82 %), considerando ciertas condiciones como haber pasado el período menstrual (86 %), no haber tenido relaciones sexuales (76 %) ni haberse realizado duchas vaginales o aplicarse geles, talcos o medicamentos (62 %). Asimismo, reconocen que la pesquisa debe complementarse con la realización de la colposcopia (88 %) y con la toma de biopsia en caso de ser necesaria (92 %); sin embargo, solo 62 % reconoce la vacunación dentro de las medidas profilácticas.

La aplicación del cuestionario evaluador del nivel de conocimiento acerca del CCU, tal como se muestra en el Cuadro 5, arrojó una puntuación total en promedio de 16 de los 20 puntos máximos que podían alcanzarse con el referido instrumento. Asimismo, las puntuaciones promedio para cada

Cuadro 1. Caracterización de la muestra de mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos

Análisis/Alternativas	X + DE	Fa	%
• Edad	28,02±6,94	--	--
• Menarquía	11,18±1,16	--	--
• Sexarquía	16,46±2,05	--	--
• Paridad	02,14±1,75	--	--
• Número de parejas	03,38±2,17	--	--
• Pareja estable	--	30	60
• Uso de preservativo	--	16	32
• Hábito tabáquico	--	19	38
• Uso de ACO	--	24	48
• Antecedentes de cesárea	--	14	28
• No. de citologías en el último quinquenio menor de 3	--	26	52
• Procedencia urbana	--	40	80
• Procedencia rural	--	10	20
• Estrato medio bajo (III)	--	15	30
• Estrato obrero (IV)	--	24	48
• Estrato marginal (V)	--	11	22

N= 50

Cuadro 2. Nivel de conocimiento acerca del CCU en mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos: Definición de la enfermedad

Análisis/Alternativas	Respuestas afirmativas		Respuestas negativas	
	Fa	%	Fa	%
• Ítem 1: El cáncer de cuello uterino es una enfermedad sumamente mortal y agresiva para la salud de las mujeres	45	90	05	10
• Ítem 2: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud potencialmente prevenible	43	86	07	14
• Ítem 3: Antes del desarrollo del cáncer de cuello uterino suele presentarse lesiones previas conocidas como neoplasia intraepitelial cervical o NIC	41	82	09	18
• Ítem 4: Existen tratamientos que pueden controlar las lesiones que me podría ocasionar el cáncer de cuello uterino	45	90	05	10
• Ítem 5: El cáncer cervico uterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía	35	70	15	30

N= 50

Cuadro 3. Nivel de conocimiento acerca del CCU en mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos: Definición de factores de riesgo

Análisis/Alternativas	Respuestas afirmativas		Respuestas negativas	
	Fa	%	Fa	%
• Ítem 6: Aquellas mujeres que iniciaron las relaciones sexuales más tempranamente tienen más chance de padecer el cáncer de cuello uterino	36	72	14	28
• Ítem 7: Las mujeres que presentan frecuentemente infecciones vaginales (flujo) tienen mayor probabilidad de presentar cáncer de cuello uterino	38	76	12	24
• Ítem 8: El virus del papiloma humano es uno de los agentes causales del cáncer de cuello uterino	38	76	12	24
• Ítem 9: Las mujeres con múltiples parejas sexuales tienen mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino	40	80	10	20
• Ítem 10: Mientras más hijos tenga una mujer mayor riesgo tendrá de desarrollar cáncer de cuello uterino	38	76	12	24
• Ítem 11: En las mujeres fumadoras es más frecuente el cáncer de cuello uterino	41	82	09	18
• Ítem 12: Las mujeres que no acuden regularmente a la consulta ginecológica son las que con mayor frecuencia presentarían cáncer de cuello uterino	41	82	09	18

N= 50

una de las dimensiones fueron de 4 para la definición de la enfermedad, 5 para la definición de factores de riesgo y 6 para la definición de medidas preventivas; siendo las puntuaciones máximas posibles para estas dimensiones de 5, 7 y 8 puntos respectivamente.

Al discriminar estas puntuaciones de acuerdo al baremo establecido para este cuestionario se consiguió que el conocimiento sobre el CCU clasificado como suficiente, insuficiente y deficiente están expresados en el Cuadro 6.

Con respecto a los hallazgos en la citología cervico-vaginal (Cuadro 7), se detectó que

80 % de las mujeres participantes del estudio presentaban algún tipo de infección genital, principalmente debido a la presencia de bacterias (50 %) u hongos (30 %). Asimismo, 6 % presentó cambios reactivos o de reparación (metaplasia) y solo 24 % se encontraban normales. Por su parte, en cuanto a las anomalías de células escamosas 32 % de estas pacientes presentaban un LIE de bajo grado, 20 % debido a cambios asociados al VPH y 12 % por NIC 1; asimismo, 10 % presentó una LIE de alto grado, 4 % debido a NIC 2 y 6 % por NIC 3. El carcinoma *in situ* y las ASCUS se encontraron en 2 % de la muestra, respectivamente.

Cuadro 4. Nivel de conocimiento acerca del CCU en mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos: definición de medidas preventivas

Análisis/alternativas	Respuestas afirmativas		Respuestas negativas	
	Fa	%	Fa	%
• Ítem 13: La citología cervico-vaginal es la prueba ideal para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino	42	84	08	16
• Ítem 14: La citología cervico-vaginal deben realizársela anualmente todas las mujeres luego de haber iniciado la actividad sexual	41	82	09	18
• Ítem 15: Para la realización de la citología cervico-vaginal debo esperar que haya pasado mi período menstrual	43	86	07	14
• Ítem 16: En caso de que acuda a realizarme la citología cervico-vaginal no debo tener relaciones sexuales los días previos a la toma de muestra	38	76	12	24
• Ítem 17: Antes de que me sea tomada la citología vaginal debería evitar la realización de duchas vaginales o la aplicación de talcos o geles	31	62	19	38
• Ítem 18: Para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, la citología cervico-vaginal debe complementarse con la realización de la colposcopia	44	88	06	12
• Ítem 19: En caso de presentar alguna anormalidad en la citología o en la colposcopia debo permitir me sea tomada una biopsia	46	92	04	06
• Ítem 20: En las niñas y adolescentes debería colocarse antes del inicio de las relaciones sexuales la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	32	64	18	36

N= 50

Respecto a la asociación entre el nivel de conocimiento sobre el CCU y los hallazgos citológicos (Cuadro 8) se consiguió que no existía asociación entre ambas variables puesto que el presentar menores puntuaciones en el

cuestionario de conocimiento sobre el CCU no conllevó a un mayor y significativo riesgo para presentar una lesión intraepitelial de bajo (OR [IC95 %]= 0,416 [1,122 -1,420]; >P > 0,05) o alto grado (OR [IC95 %]=1,142 [0,188-6,949];

Cuadro 5. Conocimiento acerca del CCU en mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos

Análisis/alternativa	Valor
• Definición de la enfermedad	4,01±0,79
• Definición de factores de riesgo	5,61±1,09
• Definición de medidas preventivas	6,40±1,26
• Puntuación total (X + DE)	16,02 ± 03,14
IC95 %	15,13 - 16,91
Valor mínimo	11
Mediana	17
Valor máximo	20

N= 50

Cuadro 6. Nivel de conocimiento acerca del CCU en mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos

Análisis/alternativas	Fa	%
• Suficiente (16-20 puntos)	32	64
• Insuficiente (10-15 puntos)	18	36
• Deficiente (< 10 puntos)	00	00

N= 50

Cuadro 7. Hallazgos citológicos en mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos

Análisis/alternativas	Fa	%
Normales	12	24
Infección	40	80
• Bacterias	25	50
• Parásitos	05	10
• Virus	10	20
• Hongos	15	30
Cambios reactivos y de reparación		
• Metaplasia	03	06
Anomalías de células escamosas		
• ASCUS	01	02
• LIEBG:	16	32
VPH	10	20
LIEBG: NIC I	06	12
• LIEAG:	05	10
NIC II	02	04
LIEAG: NIC III	03	06
• Carcinoma de células escamosas	01	02

N= 50

> 0,05). Asimismo, el grado de concordancia entre mujeres con LIE de bajo o alto grado con niveles de conocimiento suficiente o insuficiente, mostró índices bajos o negativos (0,011 y -0,163; respectivamente).

Finalmente, en el Cuadro 9 se presenta la distribución según el estado socioeconómico al que pertenecen las mujeres tanto con hallazgos de lesiones premalignas en la citología vaginal como con nivel de conocimiento suficiente o insuficiente acerca del CCU; al discriminar ambas

Cuadro 8. Estimación de riesgo para alteración de células escamosas en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de acuerdo con el nivel de conocimiento acerca de CCU

Análisis/alternativas	Lesión intraepitelial		Odds Ratio * (IC95 %)	P **	K***
	Presente	Ausente			
LIEBG					
• Nivel de conocimiento suficiente (16-20 puntos)	08	24	0,416	0,210	0,011
• Nivel de conocimiento insuficiente (10-15 puntos)	08	10	(1,122-1,420)		
LIEAG					
• Nivel de conocimiento suficiente (16-20 puntos)	04	28	1,142	1	-0,163
• Nivel de conocimiento insuficiente (10-15 puntos)	02	16	(0,188- 6,949)		
N = 50					
* Análisis de Regresión logística					
** Test exacto de Fischer con significancia estadística de P <0,05.					
*** Índice de Kappa					

Cuadro 9. Relación del nivel de conocimiento acerca de CCU y los hallazgos citológicos con el estrato socioeconómico

Análisis/alternativas	Estrato socioeconómico			P*
	Media baja (III)	Obrera (IV)	Marginal (V)	
Hallazgos citológicos				0,867
• Presencia de LIE	07	09	04	
• Ausencia de LIE	08	15	07	
Nivel de conocimiento				0,690
• Suficiente	11	14	07	
• Insuficiente	04	10	04	
* Test exacto de Fischer con significancia estadística de P <0,05.				

variables con el estrato socioeconómico no se encontró una asociación significativa entre éste y los hallazgos citológicos determinado por la presencia o no de una LIE ($P > 0,05$), ni tampoco con el nivel de conocimiento ($P > 0,05$).

DISCUSIÓN

A pesar de que existen herramientas preventivas altamente efectivas y de bajo costo, el CCU es el segundo tipo de cáncer más

común entre las mujeres de todo el mundo ⁽²⁵⁾ y la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo ⁽²⁶⁾. En América Latina la mayoría de los programas de prevención del CCU no han logrado cumplir con su objetivo debido principalmente a la baja cobertura del tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones pre-cancerosas, y al tamizaje oportunísimo en servicios materno-infantiles y de salud reproductiva, centrado en mujeres jóvenes, con menor riesgo de desarrollar la enfermedad ⁽²⁷⁾. El conocimiento es fundamental para aumentar su participación en el tamizaje, seguimiento y tratamiento ⁽²⁶⁾; es importante considerar el conocimiento de las mujeres sobre el CCU por la influencia que puede tener en la realización del PAP, de nada sirve una alta cobertura de realización de PAP si las mujeres no retiran los resultados o abandonan el tratamiento ⁽²⁷⁾.

En relación con los hallazgos citológicos, al igual que en otro estudio realizado en esta misma institución, las LIE observadas en las citologías evaluadas correspondieron con lesiones de bajo grado con cambios coloiticos sugestivos de VPH ⁽²⁸⁾; circunstancia que aprueba el tamizaje y genotipificación viral en estas pacientes, a fin de poder detectar las mujeres con serotipos del VPH que condicionan una mayor predisposición al CCU. Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones que también ha reportado una mayor prevalencia de casos de LIE de bajo grado que de alto grado detectada por medio de la citología exfoliativa; como Ruíz y col. ⁽²⁹⁾, quienes reportaron en Colombia 54 % de mujeres con LIE de bajo grado y 19 % de alto grado; asimismo, en otra investigación realizada en Venezuela ⁽³⁰⁾ se determinó que 87,4 % de la muestra que estudiaron presentaban algún tipo de alteración citológica, siendo las alteraciones de bajo grado los hallazgos más comunes.

De igual manera, se detectó una gran cantidad de mujeres con infecciones detectadas en las citologías efectuadas, principalmente infecciones por bacterias y hongos, resultado que es similar

al reportado por De Sousa y col. ⁽¹²⁾, quienes encontraron en usuarias de un servicio de planificación y en prostitutas una prevalencia de 35,9 % y 51 % para *Gardenella vaginalis* y para *Candida* de 8,6 % y 5 %; respectivamente.

Por otra parte, los hallazgos encontrados al encuestar a esta serie de mujeres en edad reproductiva, denotan que la mayor parte de ellas tenían conocimiento acerca del CCU. Al respecto, Garcés y col. ⁽³¹⁾ señalan que aunque la mayoría de las participantes reportaban que sí habían escuchado sobre el CCU, existen diferencias entre los grupos etarios en cuanto al conocimiento de su etiología; aunque causas como la herencia, las infecciones y la conducta sexual, eran reportadas en los primeros lugares por las mujeres de todos los rangos de edad.

El 90 % de las mujeres entrevistadas reconocen la gravedad y magnitud del problema que representa el CCU; resultado que coincide con el reportado por Urrutia ⁽³²⁾, quien detectó que 96 % de las mujeres señala que el CCU es un problema serio de salud; resultando que a mayor severidad percibida por la mujer es mayor la susceptibilidad y los beneficios que la mujer percibe al adherir al tamizaje, y viceversa. Sin embargo, contrario a los resultados encontrados en esta serie de mujeres de bajo estrato social, algunos estudios reportan que el conocimiento de las mujeres entrevistadas sobre las causas del CCU es vago y confuso ⁽²⁶⁾; viéndose mejorado el nivel de conocimiento general sobre CCU y la citología vaginal en aquellos grupos sometidos a una intervención educativa en torno al tema, observándose mejoras puntuales en elementos tales como lugares donde realizarse el PAP o características de este examen, síntomas asociados al CCU, y factores de riesgo para CCU ⁽³³⁾.

El grado de conocimiento sobre la enfermedad lo han relacionado con la edad de las mujeres, las mujeres jóvenes no cuentan con la información necesaria para diferenciar las formas de adquirir el cáncer y confunden el CCU con otro tipos

de malignidades o creen que son lo mismo; así como tampoco conocen las consecuencias que cada tipo de cáncer conlleva, de hecho perciben que la atención médica puede ser la misma, porque creen que solo existe un tipo de cáncer⁽³⁴⁾; no obstante las mujeres que participaron del estudio en su mayoría eran mujeres jóvenes con edad promedio de 28 años pero que mostraron mayoritariamente un conocimiento suficiente en relación al CCU.

Sin embargo, llama poderosamente la atención que a pesar del adecuado nivel de conocimiento sobre esta enfermedad, la mayoría presenta una gran prevalencia de factores de riesgo. Al respecto, algunos estudios que muchas mujeres si bien conocen la enfermedad, no aplican las medidas de auto-cuidado pertinentes^(4,18); esta circunstancia podría ser atribuible a la concepción del cáncer como una enfermedad hereditaria, la creencia errada en cuanto al antecedente familiar podría causar que no se sientan susceptibles a desarrollar esta enfermedad, en el caso de las mujeres que no tienen antecedentes, y por ende no sientan la necesidad de adherirse a los programas de pesquisa⁽³²⁾.

Estas conductas sexuales riesgosas evidenciadas en estas mujeres como la sexarquía temprana, la falta de pareja estables, la no utilización del preservativo y el elevado número de compañeros sexuales a lo largo de sus vidas, predisponen a estas mujeres a una mayor probabilidad de presentar no solo CCU, sino también infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados e inclusive ser víctimas de violencia de género. Con relación al comportamiento sexual se ha establecido en otras investigaciones que las mujeres conocen que el número de compañeros sexuales y el hecho de tener relaciones sexuales desde temprana edad se relacionan con el cáncer; sin embargo, la noción, acerca del mecanismo por el cual la conducta sexual se convierte en un factor de riesgo, es vaga y no tienen claro la relación con la infección por el VPH, de manera que el hecho

de haber escuchado sobre el CCU no significa que las mujeres comprendan de forma suficiente la enfermedad ni los factores de riesgo⁽³¹⁾.

Al igual que en el estudio realizado por Zaldívar y col.⁽²⁵⁾, la mayoría de las participantes de esta investigación (76 %) reconocen a la infección por el VPH como un factor etiológico para el desarrollo del CCU. En este sentido, Ortunio y col.⁽³⁵⁾, evidenciaron luego de encuestar a estudiantes universitarios que más de la mitad de las mujeres tuvo un conocimiento sobre virus de papiloma humano muy bueno o excelente, estando este significativamente asociado a un ejercicio responsable de la sexualidad en ambos géneros.

Contradictoriamente a este hallazgo, aún algunos investigadores reportan en la gran mayoría de mujeres entrevistadas en relación con los conocimientos sobre el CCU, desconocen que es el VPH y su rol causal en el desarrollo de esta enfermedad^(26,31). Asimismo, Cooper y col.⁽³⁶⁾ reportan que las mujeres, ya sea adolescente o adulta, tienen un limitado conocimiento sobre el VPH, observándose un importante nivel de desconocimiento en relación con la forma de transmisión del virus, aspectos que mejoran posterior a la intervención educativa, así como también la aceptación parental de la vacuna.

En cuanto a las medidas preventivas contra el CCU, la mayoría de las mujeres entrevistadas manifestaban respuesta afirmativas a los ítems que miden este indicador, poniendo en evidencia un conocimiento suficiente y adecuado en cuanto a la prevención de esta malignidad. Se detectó que el 84 % conocen que es la citología cervicovaginal, la periodicidad y las condiciones para su realización, resultado que coinciden tanto con Zamberlin y col.⁽²⁶⁾, quien determinó que las mujeres argentinas conocen el Papanicolaou como un estudio asociado a la salud de las mujeres; como con los resultados publicados por Barrrios y col.⁽³⁷⁾, quienes detectaron que prácticamente todas las mujeres de Sincelejo y Cartagena (Colombia) tenían conocimientos

sobre la citología cervico-uterina (98 %) y su utilidad (75 %).

Sin embargo, en otras investigaciones se ha determinado que aún existen mujeres que desconocen la citología cervicovaginal, desconocen la razón para realizarla y la periodicidad de la misma ⁽³⁸⁾; o también que el número de mujeres que conocen lo que es una citología cervical exfoliativa, es mucho menor al detectado en esta serie (54 %), lo cual refleja una falta de información clara y adecuada sobre la importancia de esta prueba en las mujeres de dicha comunidad ⁽²³⁾.

Esta falta de conocimiento es una de las principales razones que refieren las mujeres tanto para no hacerse el PAP como para no acudir a buscar el resultado ⁽²¹⁾; asimismo, se ha determinado que tener un conocimiento bajo o regular acerca del CCU y la citología cervico vaginal incrementa cuatro veces la probabilidad de tener una actitud negativa para la toma de la citología; ya sea, miedo, vergüenza o estrés ⁽³⁹⁾.

De igual manera, se ha identificado que la falta de conocimiento en cuanto a algunas condiciones para realizar esta prueba, como la edad requerida para realizarla o la frecuencia con que debe ser tomada, constituye una de las principales barreras para adherirse al tamizaje del CCU ⁽³²⁾. No obstante, Garcés y col. ⁽³¹⁾, refieren que aunque la mayoría de las mujeres tienen conocimiento de que la citología sirve para detectar a tiempo el cáncer; el miedo a la prueba, la incomodidad, el dolor, la vergüenza y la mala atención recibida por parte del personal de salud representan barreras asociadas al examen.

Contrariamente, otros investigadores han determinado que una menor educación se ha asociado con un mayor cumplimiento en el plan de seguimiento de pacientes con una citología anormal ⁽¹⁸⁾; al respecto, Beghini y col. ⁽⁴⁾, luego de estudiar un grupo de enfermeras encontró que el conocimiento adquirido en el transcurso de esta disciplina no les imponía en la práctica la adherencia al hecho del auto-cuidado y la

prevención. Esta circunstancia se ha observado sobre todo en las mujeres jóvenes, las cuales al igual que en los hallazgos de este estudio, si muestran un nivel de conocimiento aceptable para prevenir el CCU, sin embargo, por falta de no tener incorporada en su vida cotidiana una cultura de higiene, sus hábitos no son saludables ⁽³⁴⁾.

En cuanto a la prevención de la infección causada por el VPH, agente claramente identificado en la patogénesis del CCU, el porcentaje de mujeres que conocían la vacunación como estrategia para la prevención de esta neoplasia fue el menor detectado de todos los *ítems* evaluados; condición que puede atribuirse al hecho de que en Venezuela las autoridades gubernamentales de salud aún no han implementado ni aprobado la vacunación contra este virus, a pesar de la que el CCU es una de las principales causas de muerte en las mujeres venezolanas ⁽⁹⁾. Al respecto, en un estudio realizado en otro país (Chile) se señala que la mayoría de las mujeres se colocarían la vacuna contra el VPH si estuviera disponible ⁽³²⁾; sin embargo, dado a que los datos acerca del CCU y su relación con el VPH son limitados en diversos países, por lo que es recomendable iniciar campañas de educación de esta enfermedad, como una estrategia para incrementar la aceptación de las vacunas ⁽⁴⁰⁾.

A pesar de que el porcentaje que conocen acerca de la vacunación contra este virus no fue tan alto, si tienen en claro que debe aplicarse en las niñas y adolescentes; lo cual es debido a que la prevención primaria, mediante inmunización para el virus del papiloma humano, con vacuna tetravalente contra genotipos 6, 11, 16 y 18 y bivalente contra genotipos 16 y 18 es más eficaz cuando se administran a mujeres sin contacto previo con los genotipos que contienen, por lo que la población blanco más recomendable es la de 9 a 13 años de edad, que es la que tiene menor probabilidad de haber estado en contacto con el VPH ⁽⁴⁰⁾.

Si bien en esta serie no se pudo encontrar

una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los hallazgos citológicos en las mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, quizás por tener como limitante una muestra reducida e intencionalmente seleccionada; el nivel de conocimiento que las mujeres expresan sobre el CCU permite saber si las formas de autocuidado y las estrategias que ellas emplean son o no las adecuadas para prevenirlo. Por tanto, se necesita que desde el mismo núcleo familiar e instituciones como escuela, centros de salud y los medios de comunicación social se promueva una cultura de prevención y auto-cuidado desde las edades más tempranas, de manera de ir sensibilizando a la población al tema del CCU y las medidas preventivas para evitarlo.

Aunque los determinantes de la participación de las usuarias en los programas de pesquisa son complejos, uno de los más importantes es la presencia de un profesional de la salud que recomiende o practique el procedimiento⁽⁴¹⁾; al respecto, se ha publicado que el escaso conocimiento en materia del CCU, sus causas y prevención, es debido, en parte, a la falta de información y a la educación que hacen los prestadores de servicios de salud; quienes, según la percepción de las propias pacientes, solo se interesan en brindar el tratamiento necesario para las enfermedades, más no en realizar actividades educativas, componente central de los programas de promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad⁽⁴²⁾.

Por su parte, los diferentes cambios que se han ido observando en torno a CCU, tales como la incorporación del virus VPH como su agente precursor y las formas de prevención de su infección como la incorporación de vacunas, así como la constante negativa por parte de las mujeres a realizarse el examen del PAP, desafían a los profesionales de la salud a buscar estrategias factibles de ser aplicadas en la población que garanticen el éxito considerando recursos limitados⁽³³⁾. Sin embargo, se reconoce que la sola

infección por el VPH no es una causa suficiente puesto que 90 % a 95 % de las mujeres eliminan el virus sin desarrollar cáncer cervicouterino⁽⁴³⁾; por tanto, no deben olvidarse otros factores de riesgo como la edad precoz de la primera relación sexual, mayor número de parejas sexuales en la vida, multiparidad, uso de anticonceptivos orales o el tabaquismo, los cuales cada vez son más prevalente en la población^(43,44).

Los hallazgos encontrados en este estudio, permitieron detectar que la mayoría de las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos demostraron un nivel de conocimiento suficiente acerca del CCU (64 %), reconociendo acertadamente la definición de la enfermedad, sus factores y medidas preventivas. Asimismo, la mayor parte de estas pacientes presentaban hallazgos anormales en sus citologías cervico-vaginales, prevaleciendo en 80 % las infecciones, seguidas de las LIE de bajo y alto grado (32 % y 10 %, respectivamente); mientras que no se encontró una relación significativa entre los estratos socioeconómicos con el nivel de conocimiento acerca del CCU ($P > 0,05$) o con los hallazgos citológicos ($P > 0,05$). De igual manera, no existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los hallazgos citológicos de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos; no estando estas expuestas a un mayor riesgo de presentar una lesión pre-maligna de bajo o alto grado por tener un menor nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

Ahora bien, los resultados encontrados en esta serie hacen plantearse una serie de interrogantes como: ¿Por qué si estas mujeres tienen un suficiente conocimiento en relación al CCU, no cumplen en realizarse periódicamente la citología cervico-vaginal o no tienen hábitos y estilos de vida más saludables que les permitan prevenir esta malignidad? Por tanto, es importante y fundamental la realización de estudios de tipo cualitativos que permitan conocer tanto las barreras o motivaciones que tienen estas pacientes ante la pesquisa del CCU mediante

la citología exfoliativa, como las razones para no adherirse asertivamente a los programas de pesquisa oncológica.

De igual forma, es recomendable investigar un mayor número de mujeres y aplicar un tipo de muestreo estratificado, que permita contar con una cantidad de mujeres proporcional para cada estrato socioeconómico, de manera de poder establecer a ciencia cierta si existe o no asociación entre las variables investigadas, esta limitante presentada no permite que estos resultados puedan generalizarse para el resto de la población. Por último, no puede dejar de hacerse

un llamado de alerta y reflexión a las autoridades del Ministerio del Poder Popular para la Salud para la inclusión de la vacunación contra el VPH en las escolares y adolescentes venezolanas, a fin de evitar tantas muertes prevenibles en mujeres jóvenes que día a día mueren por CCU en el país; además de proponer la inclusión de pruebas moleculares para la determinación del ADN viral y genotipificación del VPH, en las pacientes con hallazgos citológicos sugestivo de esta infección, de manera, de poder establecer el riesgo de CCU en estas pacientes y tomar medidas de prevención y tratamiento oportunas.

REFERENCIAS

1. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. La carga del cáncer cervicouterino y de la infección por virus del papiloma humano en México y en el mundo. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(12):788-793.
2. Olarte G, Aristizábal W, Gallego P, Rojas J, Botero B, Osorio G. Detección precoz de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres, mediante la técnica de espectroscopia de impedancia eléctrica. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2007;58(1):13-20.
3. Sepúlveda P, González F, Napolitano C, Roncone E, Cavada G. Cáncer de cuello uterino: Sobrevida a 3 y 5 años en Hospital San José. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(3):151-154.
4. Beghini AB, de Oliveira AM, Cardoso MC, de Oliveira IE. La adhesión de las académicas de enfermería a la prevención del cáncer ginecológico: De la teoría a la práctica. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):637-644.
5. Nazzal O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Bronda A. Lesiones preinvasoras de cuello uterino: Una visión actual. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(5):34-348.
6. Molina J, Guzman C, Méndez V, Blasco E, García J. Alteraciones cromosómicas en el cáncer del cuello uterino. VITAE Academia Biomédica Digital. Disponible en: URL: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeVeinticinco/Articulos/AnatomiaPatologica/PDF/Anatomia%20Patol%F3gica.pdf>.
7. Cabrera J, Villanueva J, Heredia F, Correa L, Landeros J, Navarrete J, et al. Escisión de la zona de transformación en lesiones de cérvix: Análisis de 1 141 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(5):308-312.
8. Carrero Y, Callejas D, Mindiola R, Pardo T, Atencio R, Araujo M. Respuesta inmunitaria en cuello uterino: Infección por VPH y neoplasia intraepitelial cervical. *Acta Cient Estud.* 2006;4(3):125-136.
9. Rodríguez A, Santos M, Noguera M, Romero L. Seguimiento y sobrevida de pacientes con carcinoma invasor del cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68(2):81-86.
10. Cuitiño L, Tirapegui F, Torres L, Klaassen R, Naveas R, Martínez J. Correlación cito-histológica de lesiones escamosas intra-epiteliales de cuello uterino, en la unidad de patología cervical del Hospital Naval de Talcahuano. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70(3):15-155.
11. Varela S. Citología cervical. *Rev Méd Hondur.* 2005;73(3):131-136.
12. De Sousa A, Mata G, Camejo MI. Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de Los

- Teques. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67(4):238-245.
13. Aguilar JA, Leyva AG, Angulo D, Salinas A, Lazcano EC. Tamizaje en cáncer cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(1):100-106.
 14. Hernández DM, Linaldi F, Apresa T, Escudero P, Alvarado I, Ornelas LA, et al. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(4):313-320.
 15. García G, Pachón JJ, Smith CR, Zuleta JJ. Cáncer de cuello uterino: Experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2007;58(1):21-27.
 16. Godoy A, Martirené E, Chacón M, Valdivieso A, Mahmud R. Comparación entre la conización en frío y la conización con asa de diatermia. *Rev Venez Oncol.* 2003;15(1):20-27.
 17. Castro MA, Londoño PA, Vera LM. Asistencia a citología del cuello uterino y sus determinantes en una población rural colombiana, 1998-1999. *Rev Salud Pública.* 2006;8(3):248-257.
 18. Eggleston KS, Coker AL, Luchok KJ, Meyer TE. Adherence to recommendations for follow-up to abnormal pap tests. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1332-1341.
 19. Palacio LS, Rangel G, Hernández M, Lazcano EC. Cáncer cervicouterino una enfermedad de la pobreza: Diferencias en la mortalidad por áreas urbanas y rurales en México. En: Alonso P, Lazcano E, Hernández M, editores. *Cáncer cervicouterino: Diagnóstico, prevención y control.* 2ª edición. México, Ciudad de México: Editorial Panamericana; 2005.
 20. Radecki C, Catero J, Jaccard J, Berenson AB. Psychological and socio cultural perspectives on follow-up of abnormal Papanicolaou results. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(6):1347-1354.
 21. Urrutia MT, Poupin L, Concha X, Viñales D, Iglesias C, Reyes V. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(2):98-103.
 22. Irwin KMD, Montaña D, Kasprzyk D, Carlin L, Freeman C, Barnes R, et al. Cervical cancer screening, abnormal cytology management, and counseling practices in the United States. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):397-409.
 23. Comunián G, Blanchard S, Briceño JF, Martí A. Inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarias. *Gac Méd Caracas.* 2008;116 (2):115-120.
 24. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo JC, Tovar SL, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública.* 2006;8(3):185-196.
 25. Zaldívar G, Martín F, Sosa CF, Ávila J, Lloret M, Román M, et al. Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(4): 315-321.
 26. Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: Conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. OPS/OMS. 54 pp. 2011 Disponible en: URL: <http://www.msal.gov.ar>.
 27. Arrossi S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: A situational analysis of program organization in Argentina. *Pan Am J Public Health.* 2010;28(4):249-257.
 28. Mendoza L. Virus de papiloma humano y lesión intraepitelial cervical. Tesis de especialización. Especialización en Obstetricia y Ginecología. Universidad del Zulia. 2010. Disponible en: URL: http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/resultado-tdes-prog.php.
 29. Ruiz BM, Loango N, Landázuri P. Exactitud de la actividad de la telomerasa para el diagnóstico del virus del papiloma humano en mujeres con patología cervical en Armenia, Colombia, 2007. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2012;63(2):207-214.
 30. Quintero M, Cruz J, Bastidas M, Márquez L, Puig, J. Detección y tipificación de virus del papiloma humano (VPH) mediante PCR- RFLP. Universidad de Los Andes. Mérida, Estado Mérida, Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68(1):25-31.
 31. Garcés IC, Rubio DC, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2012;30(1):7-16.
 32. Urrutia MT. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(1):3-10.
 33. Riquelme G, Concha X, Urrutia MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(2):111-115.
 34. Arellano AC, Chávez MG. El cáncer cervicouterino:

- El nivel de conocimiento, el auto cuidado de la salud y las estrategias de prevención en las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México. VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. 2010. [Memoria de Congreso] Disponible en: URL: http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_El_C%C3%A1ncer_Cervicouterino.pdf.
35. Ortunio M, Guevara H, Herrera E, Jiménez K, Cardozo R, Sánchez K. Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009;69(3):179-185.
 36. Cooper S, Bernard D, McCaffery K, Brotherton J, Garland S, Skinner R. "Is cancer contagious?" Australian adolescent girls and their parents: Making the most of limited information about HPV and HPV vaccination. *Vaccine.* 2010;28:3398-3408.
 37. Barrios L, Benedetti I, Alvis L, Arroyo B. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico-uterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Rev Cienc Biomed.* 2011;2(2):249-255.
 38. Barbosa MA, Hamano L, Cavalcante LG. El examen preventivo del cáncer del cuello uterino: Conocimiento y significado para las empleadas de una escuela de enfermería de una institución pública. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(3):289-296.
 39. Castro M, Morfin R, Sánchez S, Roca J, Sánchez E, Williams M. Nivel de conocimientos sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: Estudio transversal en una comunidad pobre. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2005;51(2):94-99.
 40. Vargas VM, Acosta G. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. *Cir Cir.* 2012;80(3):291-300.
 41. Arillo E, Lazcano E, Peris M, Salazar E, Salmerón J, Alonso P. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. *Alternativas de educación médica. Salud Pública México.* 2000;42(1):34-42.
 42. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: Más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas.* 2010;16(32):41-61.
 43. Solís MT, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: Un estudio de casos y controles. *Rev Méd Chile.* 2010;138(2):175-180.
 44. Martínez A, Díaz I, Carr A, Varona JA, Borrego JA, De la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2010;36(1):52-65.