

Artículo de revisión

Conocimiento y aceptación del tamizaje de cáncer cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes

Knowledge and acceptance of cervical cancer screening using the Papanicolaou test in pregnant women

Génesis Carolina Arévalo Guadalupe ^{1*} <https://orcid.org/0009-0000-5442-6849>

Thalía Marilyn Solís Murillo ¹ <https://orcid.org/0009-0006-1986-1742>

Rodrigo Alexander Romero Padilla ¹ <https://orcid.org/0009-0000-2206-138X>

Lady Andreina Mero Moreira ¹ <https://orcid.org/0009-0008-3738-8092>

Nicole Alejandra Badillo Cortez ¹ <https://orcid.org/0009-0007-5653-3972>

¹ Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Guayas, Ecuador

*Autor para la correspondencia: garevalog@unemi.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El embarazo puede ser una oportunidad para captar mujeres con tamizaje cervicouterino pendiente; sin embargo, el conocimiento y la aceptación del Papanicolaou durante la gestación son variables.

Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre conocimiento y aceptación del Papanicolaou en mujeres gestantes, así como las barreras y los facilitadores

asociados y el papel del control prenatal como oportunidad de captación.

Métodos: Revisión sistemática de métodos mixtos con síntesis narrativa, sin metaanálisis. Se buscaron estudios primarios en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y LILACS, publicados entre enero de 2020 y abril de 2026, en español o inglés. Se incluyeron gestantes con datos sobre conocimiento, aceptación, disposición, realización del Papanicolaou o barreras y facilitadores. Dos revisores realizaron la selección y la extracción de datos por consenso, con arbitraje de un tercer revisor cuando fue necesario.

Resultados: Se incluyeron 19 estudios. La evidencia mostró conocimiento y aceptación heterogéneos. Mayor nivel de conocimiento y antecedente de tamizaje previo se asociaron con una disposición más favorable, mientras que el temor a dañar el embarazo, la incomodidad, el costo y la preferencia por el posparto limitaron la aceptación. También se identificaron variabilidad de recomendaciones, factores del proveedor y del sistema, y seguimiento posparto incompleto.

Conclusiones: El control prenatal puede ser un punto útil de captación, pero su aprovechamiento depende de una consejería consistente, oferta regular de la atención clínica y continuidad asistencial. El nivel de certeza se vio limitado por la heterogeneidad conceptual y el predominio de estudios observacionales.

Palabras clave: embarazo; prueba de Papanicolaou; neoplasias del cuello uterino; aceptación de la atención de salud

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy may offer an opportunity to capture women overdue for cervical screening, but knowledge and acceptance of the Papanicolaou test during gestation are variable.

Objective: To synthesize the evidence on knowledge and acceptance of cervical cancer screening using the Papanicolaou test in pregnant women, as well as the associated barriers and facilitators and the role of prenatal care as an opportunity for screening uptake.

Methods: Mixed-methods systematic review with narrative synthesis, without meta-analysis. Primary studies published in Spanish or English between January 2020 and April 2026 were searched in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, and LILACS. Pregnant women with data on knowledge, acceptance, willingness, Pap test uptake, or related barriers and facilitators were included. Two reviewers performed study selection and data extraction by consensus, with third-reviewer arbitration when needed.

Results: Nineteen studies were included. Evidence showed heterogeneous knowledge and acceptance. Greater knowledge and previous screening were associated with a more favorable disposition, whereas fear of harming the pregnancy, discomfort, cost, and preference for the postpartum period limited acceptance. Variability in recommendations, provider- and system-level factors, and incomplete postpartum follow-up were also identified.

Conclusions: Prenatal care may be a useful entry point for Pap screening, but its value depends on consistent counseling, uniform implementation, and

continuity of care. Overall certainty was limited by conceptual heterogeneity and the predominance of observational studies.

Keywords: pregnancy; Papanicolaou test; uterine cervical neoplasms; patient acceptance of health care

Recibido:

Aprobado:

Introducción

El tamizaje de cáncer cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes se refiere a la pesquisa citológica realizada durante el embarazo en mujeres con tamizaje pendiente o captadas oportunamente en la atención prenatal. No debe confundirse con el abordaje colposcópico de una citología anormal ni con el tratamiento de lesiones precursoras o cáncer invasor diagnosticados durante la gestación. Esta delimitación es relevante porque el embarazo modifica la anatomía cervical y puede volver más compleja la interpretación citológica, pero no anula el valor preventivo del tamizaje cuando se emplean la técnica, el instrumental y el seguimiento apropiados. La evidencia reciente coincide en que el tamizaje cervical puede realizarse con seguridad durante la gestación, aunque exige precauciones técnicas y criterios clínicos claros. ^(1,2)

La pertinencia del tema trasciende el ámbito obstétrico y se inscribe en el núcleo de la prevención oncológica femenina. El cáncer cervicouterino fue el

cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con alrededor de 660 000 casos nuevos y 350 000 muertes en 2022, y la mayor carga recayó en países de ingresos bajos y medianos, donde persisten inequidades en vacunación, tamizaje y tratamiento. En respuesta a esa carga, la Organización Mundial de la Salud ha impulsado metas globales de eliminación y desde 2021 recomienda las pruebas de ADN del virus del papiloma humano (VPH) como método primario preferente. Aun así, la citología continúa siendo uno de los métodos más utilizados en la práctica y, en el contexto del embarazo, el Papanicolaou conserva vigencia clínica y programática. ^(1,3,4)

Desde una perspectiva asistencial, la gestación representa una ventana estratégica para el tamizaje oportunista porque el control prenatal permite revisar la historia de tamizaje, identificar mujeres con dicho estudio vencido y ampliar la cobertura en un momento de contacto sostenido con los servicios de salud. Un estudio poblacional noruego mostró que las embarazadas fueron 4,3 veces más propensas a realizarse una citología durante el seguimiento que las no gestantes, mientras que estudios antenatales posteriores documentaron citologías anormales y subrayaron que incorporar el Papanicolaou a la evaluación prenatal puede facilitar la detección de lesiones en mujeres que de otro modo no serían tamizadas. Ese potencial convive con una variabilidad clínica persistente: algunas recomendaciones contemporáneas avalan realizar el tamizaje en cualquier momento del embarazo si la mujer está pendiente, pero otras aún aconsejan posponer el tamizaje rutinario hasta el posparto. ^(1,2,5,6,7)

El rendimiento programático de esa oportunidad depende, sin embargo, de dos

variables que a menudo se subestiman: el conocimiento y la aceptación. La literatura muestra que el conocimiento sobre cáncer cervicouterino, Papanicolaou y seguridad del tamizaje durante la gestación es desigual entre contextos, y que una actitud favorable no necesariamente se traduce en utilización efectiva. En Sri Lanka se describió un nivel de conocimiento limitado sobre VPH, cáncer cervicouterino y sus medidas preventivas entre primigestas, mientras que en Nigeria se observó que 60,6 % de las gestantes tenían buen conocimiento y 75,6 % una actitud favorable hacia el tamizaje, pero solo 9,4 % habían sido tamizada previamente. Otro estudio nigeriano encontró que 67,3 % de las participantes no sabía si el tamizaje podía realizarse durante el embarazo, solo 11,8 % aceptaría tamizarse durante la gestación, aunque 64,1 % lo haría en el posparto y 58,6 % respaldó integrar el tamizaje a la atención antenatal y posnatal. ^(8,9,10)

La evidencia disponible tampoco utiliza un marco conceptual uniforme: algunos estudios miden conocimiento general, otros actitud, aceptabilidad, disposición o práctica, y no siempre diferencian con claridad entre aceptación y realización efectiva del tamizaje. Esta heterogeneidad dificulta comparar resultados, estimar la magnitud real del problema y traducir los hallazgos en decisiones clínicas y programáticas. A eso se suman barreras reiteradas, como temor a dañar el embarazo, incertidumbre sobre la seguridad del procedimiento, costo, incomodidad, consejos inconsistentes del personal de salud y fallas en el rescate posparto de mujeres con el estudio vencido. Sobre esa base, esta revisión sistemática resumió la evidencia sobre el conocimiento y la aceptación del tamizaje cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes, así como las barreras y los facilitadores

que modulan estos desenlaces y el papel del control prenatal como oportunidad de prevención secundaria. ^(9,10,11)

Esta revisión abordó la comprensión del propósito preventivo del Papanicolaou, del momento en que podría realizarse durante la gestación y de la seguridad percibida del procedimiento. La aceptación se entendió como un conjunto de factores relacionados que va desde la actitud favorable y la aceptabilidad hasta la disposición efectiva a someterse a la prueba, sin asumir que cualquiera de estas dimensiones equivale por sí sola a utilización real. Esta delimitación fue necesaria porque los estudios en gestantes suelen desagregar conocimiento, actitud y práctica mediante cuestionarios estructurados, de modo que desenlaces con nombres parecidos pueden representar fenómenos distintos y no siempre comparables entre sí. ⁽⁹⁾

Desde la perspectiva clínica, el Papanicolaou durante el embarazo conserva su finalidad de tamizaje y no debe confundirse con la evaluación diagnóstica de una citología anormal o de una lesión visible. Sin embargo, la gestación introduce cambios fisiológicos del cuello uterino y preocupaciones sobre sangrado o pérdida gestacional que influyen tanto en la técnica de toma como en la forma en que pacientes y profesionales interpretan la seguridad del procedimiento. Por ello, la aceptabilidad del examen no depende solo de su indicación, sino también de cómo se explica y se ejecuta en el contexto obstétrico. ⁽¹⁾

Por otro lado, resulta sumamente importante la oportunidad del tamizaje. La revisión de recomendaciones internacionales mostró que no existe una postura completamente homogénea sobre cuándo realizar citología cervical

en mujeres embarazadas con tamizaje pendiente: algunas orientaciones permiten aprovechar la gestación como momento de captación, mientras otras prefieren diferir el tamizaje rutinario hasta el posparto, en parte por las dificultades de interpretación citológica propias de este periodo. En consecuencia, el momento recomendado para tamizar no es un factor añadido, sino una variable clínica y contextual que puede modificar la consejería, la disposición de la mujer y la comparabilidad de los estudios incluidos. ⁽²⁾

De modo que el control prenatal constituye un escenario de tamizaje oportunista porque concentra contactos repetidos con el sistema sanitario en una población que no siempre llega con una historia preventiva actualizada. En ese contexto, la utilidad del Papanicolaou en gestantes no debería leerse solo como capacidad de detectar citologías anormales, sino también como posibilidad de captar mujeres previamente no tamizadas, incorporar prevención secundaria a la atención obstétrica y abrir una ruta de evaluación posterior cuando la muestra o el antecedente lo justifican. Esta distinción es importante porque el rendimiento clínico del examen y su valor programático no son equivalentes, aunque se relacionan estrechamente. ⁽⁷⁾

La aceptación del tamizaje durante la gestación debe entenderse como un desenlace situado, sensible al momento del embarazo y a la interacción entre barreras individuales, percepciones de riesgo y condiciones para brindar el servicio. La literatura sobre integración del tamizaje a la atención antenatal y posnatal muestra que la voluntad de realizarse la prueba puede posponerse hacia el posparto y que intervienen factores como temor a dañar el embarazo,

costo, incomodidad, mayor o menor percepción de la seguridad, oferta regular de la atención clínica y calidad de la consejería. Por ello, sintetizar la evidencia exige diferenciar con claridad conocimiento, aceptabilidad, disposición e implementación real antes de sacar conclusiones clínicas o programáticas. ⁽¹⁰⁾



Fig. 1. Modelo conceptual del conocimiento y la aceptación del tamizaje de cáncer cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática con enfoque de métodos mixtos y síntesis narrativa, sin metaanálisis, con la finalidad de responder la pregunta sobre conocimiento y aceptación del tamizaje cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes. La pregunta de revisión se delimitó con el marco SPIDER y el reporte se ajustó a la declaración PRISMA 2020. Se incluyeron estudios primarios publicados entre enero de 2020 y abril de 2026, en español o inglés, realizados en mujeres gestantes de cualquier edad gestacional, que evaluaran conocimiento, aceptación o aceptabilidad,

disposición o realización del Papanicolaou, así como barreras y facilitadores asociados. Se excluyeron editoriales, cartas, revisiones, protocolos, reportes o series pequeñas de casos y estudios centrados exclusivamente en el posparto o en estrategias basadas únicamente en VPH sin datos específicos de citología.⁽¹²⁾

La búsqueda bibliográfica se ejecutó en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y LILACS. Se combinaron términos libres y descriptores MeSH/DeCS relacionados con *Pregnant Women, Pregnancy, Papanicolaou Test, Uterine Cervical Neoplasms, Health Knowledge, Attitudes, Practice y Patient Acceptance of Health Care*, adaptando la sintaxis a cada base. De forma orientativa, se empleó la siguiente estrategia: *(pregnant* OR antenatal OR prenatal) AND ("Pap smear" OR Papanicolaou OR cervical cytology) AND (knowledge OR awareness OR accept* OR willingness OR uptake OR barriers OR facilitators)*. Se aplicaron límites por fecha e idioma y no se restringió inicialmente por diseño para preservar la sensibilidad en la identificación de estudios potencialmente elegibles.

Los registros recuperados se exportaron a un gestor bibliográfico, se eliminaron duplicados y, posteriormente, dos revisores independientes evaluaron títulos y resúmenes, seguidos de la revisión a texto completo según criterios predefinidos. Se resolvieron las discrepancias mediante consenso y, cuando persistieron, mediante la intervención de un tercer revisor. El proceso de selección se resumió en un flujograma PRISMA. Para cada estudio incluido se extrajeron, mediante una ficha estandarizada, el país, el diseño, el ámbito asistencial, el tamaño muestral, la edad gestacional cuando estuvo disponible, la forma de medición del conocimiento y la aceptación, las barreras o

facilitadores y los hallazgos principales.⁽¹²⁾

La calidad metodológica y las limitaciones con potencial de sesgo de los estudios incluidos se evaluaron con la Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versión 2018, por tratarse de una herramienta aplicable a estudios cualitativos, cuantitativos descriptivos y de métodos mixtos. Sus resultados se resumieron por criterios cumplidos para cada estudio, sin calcular un puntaje global. Los hallazgos se organizaron mediante síntesis narrativa, agrupándolos por dominios conceptuales —conocimiento, aceptación o aceptabilidad, utilización y barreras o facilitadores— y explorando la heterogeneidad según diseño, contexto asistencial y forma de medición.⁽¹³⁾

Resultados

El proceso de selección se resume en la fig. 2. Según los conteos consignados en el flujograma, la búsqueda identificó 487 registros en bases de datos. Tras la eliminación de 121 registros antes del cribado, se evaluaron 366 títulos y resúmenes; posteriormente, 51 informes fueron examinados a texto completo y 32 se excluyeron por no cumplir los criterios de elegibilidad. Finalmente, 19 estudios se incluyeron en la revisión cualitativa.⁽¹²⁾

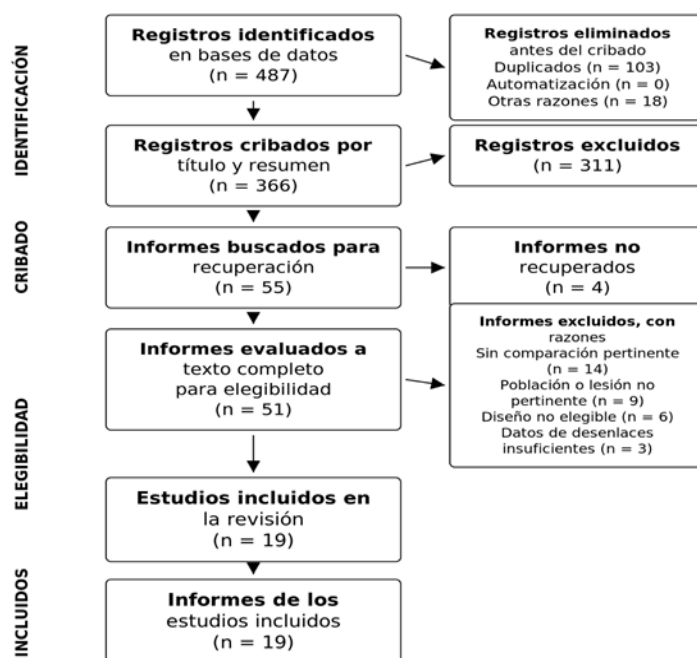


Fig. 1. Flujograma PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios sobre conocimiento y aceptación del tamizaje de cáncer cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes.

En relación con los factores individuales, obstétricos y contextuales asociados con mayor conocimiento o mayor aceptación del tamizaje cervicouterino mediante Papanicolaou durante la gestación, se identificaron cinco estudios observacionales que respondieron de forma directa a esta pregunta. La evidencia procedió de cuatro estudios transversales basados en cuestionarios y un estudio de cohorte prospectiva, realizados en Nigeria, Países Bajos y Tailandia. En conjunto, los estudios evaluaron el papel de la educación, la ocupación, el antecedente de tamizaje, el nivel de conocimiento y la factibilidad percibida de integrar el cribado a la atención obstétrica. (9,10,14,15,16)

Tabla 1. Factores individuales, obstétricos y contextuales asociados con mayor conocimiento o mayor aceptación del tamizaje cervicouterino mediante Papanicolaou en mujeres gestantes.

Estudio	Diseño y población	Variable evaluada	Hallazgo principal
Agboola y Bello, 2021 ⁽⁹⁾	Estudio transversal; 287 gestantes en atención prenatal de hospital terciario en Nigeria.	Educación, conocimiento sobre cáncer cervicouterino, actitud hacia el tamizaje y práctica preventiva.	La educación terciaria se asoció con actitud más favorable; el bajo conocimiento redujo la actitud positiva y la práctica preventiva.
Otti y colaboradores, 2022 ⁽¹⁴⁾	Estudio transversal; 419 gestantes atendidas en dos clínicas prenatales de Nigeria.	Predictores sociodemográficos del conocimiento sobre tamizaje cervicouterino.	La ocupación y el mayor estatus social fueron los únicos predictores significativos de mayor conocimiento.
Abdus-Salam y colaboradores, 2024 ⁽¹⁰⁾	Estudio transversal prospectivo; 220 mujeres en atención prenatal y posnatal de hospital terciario en Nigeria.	Conocimiento del Papanicolaou, disposición a tamizaje en embarazo y aceptabilidad de integrarlo a atención materna.	La percepción de daño durante el embarazo, junto con costo, incomodidad y preferencia posparto, redujo la aceptación del tamizaje gestacional.
van der Hoeven y colaboradores, 2025 ⁽¹⁵⁾	Estudio de cuestionario; gestantes de 30 años o más en atención obstétrica en Países Bajos.	Factibilidad percibida de integrar tamizaje al control prenatal según antecedente de tamizaje.	La mayoría consideró aceptable el tamizaje prenatal; la tranquilidad y la facilidad de programación actuaron como facilitadores, sin diferencias por antecedente de tamizaje.
Lattasaksiri y colaboradores, 2026 ⁽¹⁶⁾	Cohorte prospectiva; 384 gestantes en primera visita prenatal, menores de 20 semanas, en Tailandia.	Conocimiento, actitud, antecedente de tamizaje e interés en realizar Papanicolaou durante el embarazo.	El antecedente de tamizaje y el mayor conocimiento se asociaron con mayor interés; la realización previa reciente y la incomodidad redujeron ese interés.

Nota. Elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

En relación con la preparación del personal y del sistema obstétrico para ofrecer el tamizaje cervicouterino durante la gestación, se identificaron cinco estudios nuevos publicados entre 2020 y 2024 que aportaron evidencia directa para esta pregunta. La evidencia procedió de un estudio cualitativo exploratorio, una encuesta transversal con viñeta clínica, un proyecto de

mejora de calidad, un estudio observacional nacional y un cuestionario dirigido a proveedores de atención obstétrica. En conjunto, estos estudios aportaron información sobre conocimiento y capacitación del personal, variabilidad de los criterios y de la práctica clínica, factibilidad de integrar el tamizaje a la atención obstétrica y desempeño del sistema para captar o recuperar a mujeres con tamizaje pendiente. Estos hallazgos se sintetizaron en la fig. 3. (11,17-20)

Estudio	Conocimiento y capacitación	Criterios y práctica clínica	Factibilidad de integrar	Sistema, acceso y seguimiento	Indicador ancla
Abdul 2020	●	●	●		92% actitud favorable; 85% vieron oportunidad; persistieron vacíos de conocimiento.
Kervella 2020	●	●			40% siguió el protocolo completo; 29% haría Pap a 25 semanas vs 91% a 10 semanas.
Coleridge 2022		●		●	Mejoró 8% la recuperación posparto tras guías, docencia y ampliación del acceso.
Lyonais 2024				●	49% estaban vencidas al inicio del embarazo y 53% no recuperó el tamizaje antes del parto.
van der Hoeven 2024	●		●		77.8% consideró factible la integración; 49.7% se sintió hábil; 47.0% refirió conocer las guías.

● Aporte directo al dominio

Fig. 3. Mapa de evidencia de estudios nuevos sobre preparación del personal y del sistema obstétrico para ofrecer tamizaje cervicouterino en mujeres gestantes.

Respecto al fallo en el rescate posparto de mujeres con el tamizaje

cervicouterino vencido o pospuesto, se identificaron cuatro estudios nuevos publicados entre 2020 y 2025 que aportaron evidencia directa para esta pregunta. La evidencia procedió de un estudio prospectivo observacional y de tres estudios retrospectivos o de cohorte clínica, realizados en India, Alemania, China y Polonia. En conjunto, estos estudios sintetizaron la continuidad posparto documentada mediante retorno a citología, repetición de co-prueba o disponibilidad de seguimiento analizable después del embarazo, hallazgos que se resumieron en la fig. 4. ⁽²¹⁻²⁴⁾

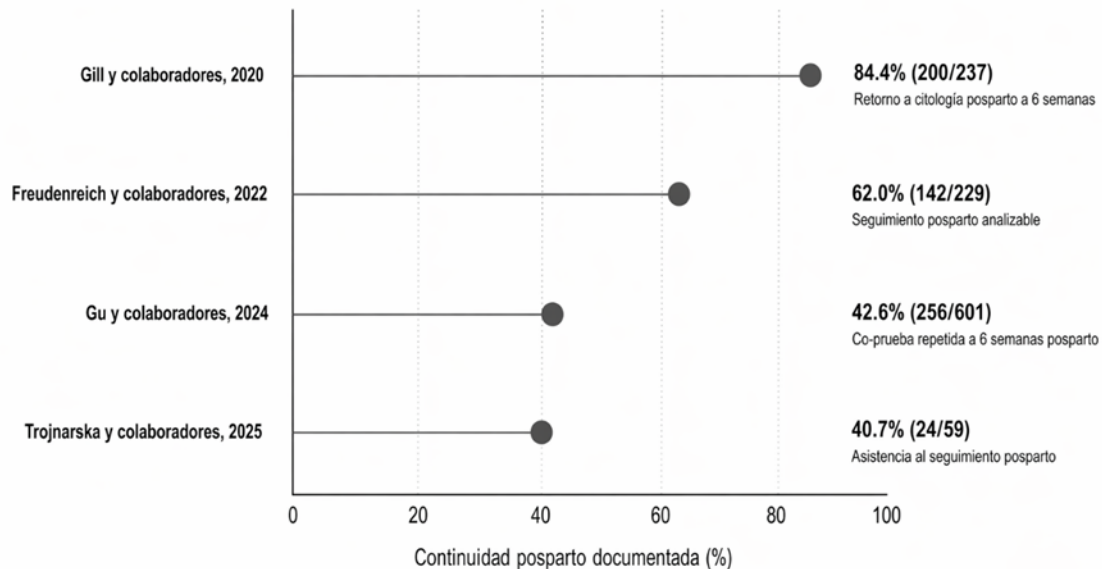


Fig. 4. Continuidad posparto documentada en estudios sobre seguimiento de mujeres gestantes con tamizaje cervical pendiente o hallazgos cervicales anormales.

Discusión

Así, la revisión mostró que el control prenatal ofreció una oportunidad clínicamente relevante para el tamizaje cervicouterino mediante Papanicolaou, pero su aprovechamiento fue irregular y dependió no solo del conocimiento de las gestantes, sino también de la aceptación real del examen, de la oferta de la atención clínica y de la continuidad del seguimiento. Se observó que una actitud favorable hacia el tamizaje no se tradujo de manera consistente en realización efectiva de la prueba, sobre todo cuando coexistieron dudas sobre seguridad, preferencia por diferir el examen o fallas en el rescate posparto. Estos hallazgos sugieren que el embarazo no debe entenderse solo como una ventana de captación, sino como un proceso preventivo que exige consejería, ejecución y seguimiento articulados. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Desde el punto de vista clínico, se observó que el mayor conocimiento sobre cáncer cervicouterino y el antecedente de tamizaje previo tendieron a asociarse con una disposición más favorable hacia el examen durante la gestación. A la vez, el temor a dañar el embarazo, la incomodidad del procedimiento y la preferencia por el posparto parecieron desplazar la aceptación desde la intención teórica hacia la postergación. Esto indica que la aceptación del Papanicolaou en gestantes está condicionado en gran medida por la calidad de la información y por la manera de hacer el examen dentro del contexto obstétrico. ^(10,14,16)

Lo observado también coincidió con lo que muestra la literatura ya citada sobre variabilidad de recomendaciones durante el embarazo. Mientras

algunas revisiones y estudios clínicos respaldaron aprovechar la gestación como momento de tamizaje oportunista, otras fuentes mantuvieron una postura más cautelosa o favorecieron el diferimiento al posparto, lo que probablemente contribuyó a mensajes clínicos no siempre homogéneos. La idea de utilizar el control prenatal como punto de captación pareció además congruente con estudios que describieron mayor cobertura o detección de anomalías cuando la citología se incorporó a la evaluación antenatal. (1,2,5-7)

La comparabilidad entre estudios estuvo limitada por la heterogeneidad. Se identificaron diferencias en la población incluida, el momento gestacional, el ámbito asistencial, la definición operativa de conocimiento, aceptación, aceptabilidad o práctica, y los instrumentos empleados para medir estos constructos. Además, coexistieron estudios centrados en gestantes, en proveedores y en continuidad posparto, lo que amplió la comprensión del problema, pero dificultó una síntesis cuantitativa directa y una interpretación uniforme del desenlace principal. (9,18,20,21)

El respaldo empírico disponible fue limitado debido a que predominaron diseños observacionales, a menudo realizados en un solo centro y basados en cuestionarios o datos de implementación, con probable sesgo de selección, sesgo de información y limitaciones de aplicabilidad clínica, en especial cuando la aceptación se infirió a partir de actitudes autorreportadas y no de utilización efectiva. Aunque esta revisión incorporó una valoración metodológica estructurada y una síntesis por dominios, la base empírica disponible siguió siendo insuficiente para establecer conclusiones firmes

sobre magnitud, comparabilidad y aplicabilidad universal. (9,10,17,22)

Entre los aciertos de esta revisión estuvieron la búsqueda enfocada en literatura reciente, la consulta de varias bases de datos, la selección y extracción estandarizadas y la integración de evidencia cuantitativa, cualitativa y de implementación dentro de un mismo marco narrativo. Sin embargo, la restricción a artículos en inglés y español, el hecho de que no se hiciera metaanálisis y la decisión de centrarse en estudios con datos específicos de citología limitaron su alcance. A ello se añadió una limitación conceptual relevante: el foco en Papanicolaou se insertó en un escenario internacional que ha avanzado hacia estrategias basadas en pruebas primarias para virus del papiloma humano, por lo que la aplicabilidad externa de los hallazgos podría ser menor en sistemas donde la citología ya no ocupa un lugar central. (1,4)

En términos programáticos, los hallazgos sugieren que integrar el Papanicolaou al control prenatal puede ser más útil que diferirlo de forma sistemática al posparto, sobre todo en mujeres con tamizaje pendiente o con menor contacto previo con programas preventivos. No obstante, esa integración solo parece razonable cuando se acompaña de capacitación del personal, criterios clínicos consistentes y mecanismos reales de seguimiento, dado que el rescate posparto fue incompleto en varios escenarios. Por lo que investigaciones futuras deberían estandarizar definiciones, distinguir aceptación de uso efectivo, incorporar desenlaces del proveedor y del sistema, y comparar con mayor claridad la captación prenatal frente a la recuperación posparto en entornos que también están transitando hacia tamizaje primario

con pruebas moleculares. (11,19,23,24)

Conclusiones

La evidencia mostró que el tamizaje cervicouterino mediante Papanicolaou durante la gestación mantuvo relevancia clínica como oportunidad de prevención secundaria, aunque su implementación fue desigual y dependió de una cadena asistencial compleja. Se observó que un mayor nivel de conocimiento y antecedente de tamizaje previo se asociaron con una disposición más favorable, mientras que el temor a dañar el embarazo, la incomodidad del procedimiento, la variabilidad de la consejería y las fallas del seguimiento posparto limitaron la aceptación y la realización efectiva. Estos hallazgos sugieren que el control prenatal puede funcionar como un punto útil de captación, siempre que se ofrezca la atención clínica de forma consistente y esté acompañada de seguimiento oportuno.

El alcance de estas conclusiones fue limitado porque predominaron estudios observacionales, a menudo en un solo centro y con mediciones heterogéneas de nivel de conocimiento, aceptación, aceptabilidad y utilización. Además, la variabilidad de escenarios, instrumentos y definiciones operativas, el hecho de no incluir metaanálisis y la restricción a estudios publicados en español e inglés desde 2020, redujo la comparabilidad y la aplicabilidad universal de la evidencia. También debe considerarse que el foco en Papanicolaou se situó en un contexto internacional que ha transitado hacia estrategias basadas en pruebas primarias para virus del papiloma humano.

Estos hallazgos sugieren que integrar el Papanicolaou en el control prenatal

podría ser más útil que posponerlo sistemáticamente al posparto, sobre todo en mujeres con tamizaje pendiente o con menor contacto previo con programas preventivos. Sin embargo, esa integración solo parece razonable cuando se acompaña de capacitación del personal, de criterios clínicos uniformes y de mecanismos reales de continuidad asistencial. Se requiere investigación futura con definiciones más estandarizadas, medición diferenciada entre aceptación y uso efectivo, y evaluación comparativa de la captación prenatal frente a la recuperación posparto en contextos que también incorporan estrategias basadas en el virus del papiloma humano.

Referencias bibliográficas

1. Kumari S. Screening for Cervical Cancer in Pregnancy. *Oncol Rev.* 2023;17:11429. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/or.2023.11429>
2. Miszczyk K, Keczkowska E, Ciebiera M. Cervical screening during pregnancy-a review of recommendations. *Ginekol Pol.* 2025;96(3):220-224. Disponible en: <https://doi.org/10.5603/gpl.102254>
3. World Health Organization. Cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
4. World Health Organization. New recommendations for screening and treatment to prevent cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer>

5. Nygård M, Daltveit AK, Thoresen SØ, Nygård JF. Effect of an antepartum Pap smear on the coverage of a cervical cancer screening programme: a population-based prospective study. BMC Health Serv Res. 2007;7:10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-10>
6. Parkpinyo N, Inthasorn P, Laiwejpithaya S, Punnarat T. Benefits of Cervical Cancer Screening by Liquid-Based Cytology as Part of Routine Antenatal Assessment. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(9):4457-4461. Disponible en: <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.9.4457>
7. Mukhtar NF, Ng BK, Md Pauzi SH, Wong YP, Hamizan MR, Lim PS y colaboradores. Abnormal Pap smear among pregnant women - Feasibility of opportunistic cervical screening. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2023;19:100218. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100218>
8. de Silva AHW, Samarawickrema N, Kasturiratne A, Skinner SR, Wickremasinghe AR, Garland SM. Awareness of human papillomavirus, cervical cancer and its prevention among primigravid antenatal clinic attendees in a tertiary care hospital in Sri Lanka: a cross-sectional study. Sex Health. 2019;16(3):212-217. Disponible en: <https://doi.org/10.1071/SH18080>
9. Agboola AMD, Bello OO. The determinants of knowledge of cervical cancer, attitude towards screening and practice of cervical cancer prevention amongst antenatal attendees in Ibadan, Southwest Nigeria. ecancermedicalsecience. 2021;15:1225. Disponible en: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1225>
10. Abdus-Salam AA, Abdus-Salam RA, Balogun RO. Perception and acceptability of integration of cervical cancer screening into antenatal and postnatal services in a tertiary hospital in Nigeria. Ann Ib Postgrad Med. 2024;22(2):47-53. Disponible en:

<https://aipmed.org/publications/2024/August2024edition/Perception%20and%20Acceptability%20of%20Integration.pdf>

11. Coleridge SL, Wiggans A, Nelissen E, Bethune R, Blackwell R, Bryant A, Morrison J. Improving the uptake of cervical screening in pregnant and recently postnatal women: a quality improvement project. *BMJ Open Qual.* 2022;11(2):e001709. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjog-2021-001709>
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD y colaboradores. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
13. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P y colaboradores. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf.* 2018;34(4):285-291. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
14. Otti CJ, Izuka EO, Obiora-Izuka CE, Ifebi OC, Ikeako LC, Nwagha UI. Predictors of knowledge of cervical cancer screening among pregnant women attending antenatal clinic in Enugu, Nigeria. *Int J Med Health Dev.* 2022;27(3):270-276. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijmh.IJMH_12_22
15. van der Hoeven NMA, van den Brule AJC, van Beekhuizen HJ, de Kok IMCM, van de Sande MJM, Biemans M y colaboradores. Perspective of pregnant women on feasibility of integrating cervical cancer screening into antenatal care in the Netherlands: a questionnaire study. *Eur J Public Health.* 2025;35(5):970-976. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf121>
16. Lattasaksiri P, Prasongvej P, Chanthasenanont A, Boriboonhirunsarn D, Chitkoolsamphan Y, Pongrojpraw D y colaboradores. Knowledge and attitudes of

pregnant women toward cervical cancer screening during pregnancy. Asian Pac J Cancer Prev. 2026;27(1):117-121. Disponible en:

<https://doi.org/10.31557/APJCP.2026.27.1.117>

17. Abdul AE, Mudau TS, Chabedi MA. Perceptions of Midwives on Pap Smear Tests during Pregnancy. Asian Pac J Cancer Prev. 2020;21(10):3039-3043.

Disponible en: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.10.3039>

18. Kervella L, Berveiller P, Bourdillon M, Rousseau A. Midwives' practices related to cervical cancer screening during pregnancy: a vignette-based study. Sex Reprod Healthc. 2020;26:100539. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100539>

19. Lyonnais E, Vigoureux S, Blondel B, Wylomanski S, Azria E. Women's country of birth and failure to catch up an overdue cervical cancer cytological screening participation during pregnancy in France, an observational study based on survey sources. BMC Cancer. 2024;24(1):595. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12885-024-12335-1>

20. van der Hoeven NMA, van den Brule AJC, van Beekhuizen HJ y colaboradores. Perspective of obstetric care-providers on being involved in cervical cancer screening during antenatal care in the Netherlands. Cancer Med.

2024;13(13):e7380. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cam4.7380>

21. Gill P, Gaurav A, Khoiwal K, Kumari O, Bahadur A, Agarwal A, Chowdhuri S, Chaturvedi J. Cervical cancer screening in pregnancy and postpartum: a North Indian hospital based prospective observational study. Asian Pac J Cancer Biol. 2020;5(3):99-106. Disponible en: [https://doi.org/10.31557/APJCB.2020.5.3.99-](https://doi.org/10.31557/APJCB.2020.5.3.99-106)

[106](https://doi.org/10.31557/APJCB.2020.5.3.99-106)

22. Freudenreich R, Weiss M, Engler T, Neis F, Henes M. Characterization and clinical management of abnormal cytology findings in pregnant women: a retrospective analysis. Arch Gynecol Obstet. 2022;306(6):2017-2026. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06699-7>

23. Gu L, Hu Y, Wei Y, Hong Z, Zhang Y, Lin J, Qiu L, Di W. Optimising cervical cancer screening during pregnancy: a study of liquid-based cytology and HPV DNA co-test. Epidemiol Infect. 2024;152:e25. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S095026882400013X>

24. Trojnarska D, Wielgus M, Górniewicz K, Kot J, Jach R. Challenges and opportunities in managing pregnant patients with abnormal cervical cytology and positive HPV result in Poland: a single-center retrospective analysis. Folia Med Cracov. 2025;65(2):101-111. Disponible en: <https://doi.org/10.24425/fmc.2025.156128>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ninguna otra fuente para llevar a cabo este estudio.