

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 19 de abril de 2021
Aceptado: 30 de abril de 2021
Publicado: 4 de octubre de 2021**NUEVO ENFOQUE EN EL PROGRAMA DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN GALICIA**

Ana María Luces Lago (1), Lucía Mosquera Pan (2), Belén López Folgueiras (3) y Eva Tizón Bouza (4)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

(2) Centro de Salud San Roque. Lugo. España.

(3) Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. Lugo. España.

(4) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la cuarta neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, la segunda en países con bajo y medio nivel de ingresos.

El virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del CCU, considerándose causa necesaria pero no suficiente para su desarrollo.

En España, la citología vaginal y la prueba de VPH representan las principales estrategias de tamizaje para el CCU. Desde los años 80, en la mayoría de las comunidades autónomas se realiza un cribado oportunista (a demanda), mediante la realización de la citología convencional a mujeres entre los 25 y los 65 años.

La valoración de la presencia de infección por VPH en el diagnóstico precoz del CCU, presenta una mayor sensibilidad y un mejor valor predictivo que la citología cervical, especialmente en las mujeres mayores de 30 años, con una pérdida mínima de especificidad.

Galicia, atendiendo a las nuevas recomendaciones disponibles, establece el “*Nuevo Programa Gallego para la detección precoz del cáncer de cérvix*”, cribado poblacional basado en la detección del VPH de Alto Riesgo en mujeres comprendidas entre los 35 y los 65 años; y se prepara para la puesta en marcha de un estudio piloto, que se llevará a cabo en el año 2021 en la comarca de Lugo.

La matrona, desde la consulta de Atención Primaria, se perfila como el profesional de referencia en la prevención y diagnóstico precoz del CCU, liderando su cribado en España.

Palabras clave: Neoplasia intraepitelial cervical, Cribado poblacional, VPH, Matrona, Enfermería.

ABSTRACT**New approach in the Screening Program for the early detection of cervical cancer in Galicia**

Cervical cancer (CUC) is the fourth most common gynaecological malignancy worldwide, the second most common in low- and middle-income countries.

The human papilloma virus (HPV) is the main cause of CUU and considered a necessary but not sufficient cause for its development.

In Spain, Pap smear and HPV testing are the main screening strategies for UCC. Since the 1980s, opportunistic (on-demand) screening has been carried out in most autonomous communities by performing conventional cytology on women between 25 and 65 years of age.

The assessment of the presence of HPV infection in the early diagnosis of cervical cancer has a higher sensitivity and better predictive value than cervical cytology, especially in women over 30 years of age, with a minimal loss of specificity.

Galicia, in accordance with the new recommendations available, has established the “*New Galician Program for the early detection of cervical cancer*” population screening based on the detection of High Risk HPV in women between 35 and 65 years of age and is preparing to launch a pilot study, to be carried out in 2021 in the region of Lugo.

The midwife, in the Primary Health System, is emerging as the professional of reference in the prevention and early diagnosis of UCC, leading UCC screening in Spain.

Key words: Cervical intraepithelial neoplasia, Population screening, HPV, Midwife, Nursing.

Correspondencia:

Ana María Luces Lago
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
Xubias de Arriba, 84
15006 A Coruña, España
ana_luces@hotmail.com

Cita sugerida: Luces Lago AM, Mosquera Pan L, López Folgueiras B, Tizón Bouza E. Nuevo enfoque en el Programa de cribado para la detección precoz del cáncer de cérvix en Galicia. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 4 de octubre e202110129.

INTRODUCCIÓN: EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino (CCU) o cáncer de cérvix representa la cuarta neoplasia ginecológica más frecuente en la mujer a nivel mundial, la segunda en países con bajo y medio nivel de ingresos⁽¹⁻⁸⁾.

En el año 2018, la Organización Mundial de la salud (OMS) declaró el CCU como un tumor maligno erradicable, siendo la primera vez que realiza declaraciones de este tipo respecto a cualquier cáncer, y hace un llamamiento a nivel global para que los diferentes países adopten las intervenciones esenciales para prevenirlo, tales como la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH), la detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas o del CCU *in situ*^(5,6,9,10).

La causa principal del CCU es la infección persistente por el VPH, un virus ADN de transmisión sexual que afecta a ambos sexos y del que se han descrito más de 100 subtipos^(1-8, 11,12,13,14). En la actualidad, el VPH es considerado como causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo del CCU y ha sido identificado como causa directa de un elevado porcentaje de cáncer de tracto genital en ambos sexos y en diferentes localizaciones, como pueden ser ano, vulva, vagina y pene^(1,4,5,6,7,8,11,12).

Según su riesgo oncológico, los VPH se clasifican en los siguientes^(1,2,4,6,7,11,12,15):

- VPH de bajo riesgo oncológico (VPH-BR): entre los que se encuentran los subtipos 6, 11, 42, 43 y 44. Son los responsables del desarrollo de los condilomas acuminados y las lesiones de bajo grado en el cuello uterino (L-SIL).
- VPH de alto riesgo oncológico (VPH-AR): entre los que se encuentran los subtipos 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66,

68, 73 y 82. Están relacionados con lesiones de alto y bajo grado en el cuello uterino (H-SIL y L-SIL), carcinomas escamosos invasivos y los adenocarcinomas; concretamente los subtipos 16 y 18 son los responsables de más del 70% de carcinomas cervicales.

La infección por VPH es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuente^(6,11,12). Se estima que alrededor de 3.100 casos de cáncer anogenital y más de 1.100 muertes al año son atribuibles a la infección por el VPH en España⁽¹⁶⁾ y que aproximadamente el 80% de la población femenina estará expuesta al VPH en algún momento de su vida; sin embargo, esta infección suele ser autolimitada y habitualmente se resuelve de forma espontánea en 1-2 años. No obstante, en caso de que la infección persista, podría desarrollar lesiones precancerosas que acabarían evolucionando a una neoplasia^(1,4,6,8,12,14,17).

Asociados a la presencia de VPH, los factores que se describen a continuación se han relacionado, en mayor o menor medida, con el aumento de la incidencia del CCU: el inicio precoz de las relaciones sexuales, la presencia de coinfecciones por otros agentes que disminuyan la respuesta inmunológica (como el virus de la inmunodeficiencia humana, la *Chlamydia trachomatis* o el virus del Herpes simple 2), el número elevado de parejas sexuales (de la mujer o de sus parejas), la paridad elevada, el bajo nivel socioeconómico, la obesidad, el tabaquismo (como factor más importante de progresión) o la toma de anticonceptivos orales durante más de 5 años, entre otros^(1,3,4,6,7,8,12,13,17).

En lo que respecta a sus manifestaciones clínicas, los síntomas relacionados con la presencia del CCU dependen, en gran medida, de la etapa en la que se encuentre el mismo. En estadios iniciales las pacientes suelen estar asintomáticas o con sintomatología inespecífica, como el aumento del flujo vaginal serosanguinolento o amarillento, la presencia de

dispareunia, el sangrado postcoital o un leve sangrado intermitente. En estadios más avanzados la clínica más frecuentemente referida es el sangrado vaginal, más o menos abundante. Otros síntomas como el dolor pélvico o lumbar, la hematuria, el tenesmo vesical o rectal y el edema de miembros inferiores son característicos de las etapas avanzadas^(7,8).

Si el VPH es causa necesaria para el desarrollo del CCU, la mejor manera de evitar su desarrollo será en primera opción, evitar su presencia, y si esto no es posible, determinarla en el tracto genital inferior femenino, siendo la determinación del VPH la primera línea de actuación en la prevención secundaria⁽¹⁰⁾.

DETECCIÓN CÁNCER CUELLO UTERINO

Respecto al diagnóstico precoz, el CCU cuenta con programas de cribado que pueden diagnosticar la enfermedad en fases incipientes⁽¹⁸⁾. En España, la citología vaginal y la prueba de VPH representan las principales estrategias de tamizaje para el CCU^(7,8), los cuales forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales dentro del SNS.

El éxito de estos programas parece consecuencia de la combinación de varios hechos^(7,8): la lenta progresión de la mayor parte de las lesiones del cérvix, desde una enfermedad in situ a una invasora, la posibilidad de diagnosticar lesiones pre invasivas, la alta tasa de curación de estas lesiones, con escasa morbilidad y las campañas de vacunación frente al VPH, cuya repercusión todavía está por analizar.

Fruto del éxito de estos programas de cribado, las cifras de incidencia y mortalidad global del CCU en nuestro país representan unas de las más bajas de toda Europa, situándose en 12º lugar en incidencia entre las mujeres^(1,4,6,11).

El mayor factor de riesgo para desarrollar CCU en España es no haber sido revisada, circunstancia básicamente relacionada con el diseño oportunista de la mayoría de los programas de cribado en ejecución⁽¹⁰⁾, los cuales están marcados por un exceso de pruebas en una extensa población de bajo riesgo para el CCU combinada con un cribado prácticamente inexistente en los grupos de mayor riesgo⁽¹⁶⁾.

Desde los años 80, en la mayoría de las comunidades autónomas (CCAA) se realiza un cribado oportunista (a demanda), mediante la realización de la citología convencional a mujeres entre los 25 y los 65 años, con una periodicidad que oscila entre los 3 y los 5 años⁽¹⁹⁾, la cual, se caracteriza por una alta especificidad, entre el 85% y el 100%, pero una baja sensibilidad, que varía entre el 30% y el 60%^(7,8,16).

La citología, ha demostrado una limitación en la detección de las lesiones intraepiteliales de alto grado, paso previo necesario para el desarrollo de un CCU. Por otro lado, se objetiva el fracaso del procedimiento citológico en la detección del adenocarcinoma de cérvix, segunda forma histológica más incidente en esta localización, también vinculado etiológicamente al VPH⁽¹⁰⁾.

En 2014, con la colaboración de las Sociedades Españolas de Ginecología, Patología Cervical y Colposcopia, Anatomía Patológica y Citológica, se publica la “*Guía de Cribado del Cáncer de Cuello de útero en España*”, donde se reclamaba la actualización de las estrategias de cribado en España, hasta entonces muy dispares, según las CCAA y no basadas en la evidencia científica disponible actualmente. Se constata que, en la mayoría de los territorios, se sigue realizando cribado de base oportunista con base citológica, denuncia también realizada por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)⁽¹⁰⁾.

Hasta el año 2017, Castilla y León era la única CCAA en España que contaba con un cribado poblacional, incluyendo la detección del VPH junto con la citología convencional cada 5 años (Co-test)⁽²⁰⁾.

El conocimiento de la relación causal necesaria VPH-CCU, impulsó el diseño y la ejecución de programas de cribado en los que se planteaba como objetivo principal determinar el nivel de eficacia de la determinación del VPH en el diagnóstico de las lesiones de alto grado, y con ello, prevenir el CCU⁽¹⁰⁾.

El cribado con VPH está cobrando protagonismo en los nuevos programas de cribado, ya que ha demostrado una mayor sensibilidad que la citología vaginal, aunque una especificidad menor^(7,8). El cribado con VPH produce una protección 60-70% mayor frente al CCU comparado con el realizado con citología, confirmándose estas conclusiones de manera absoluta, en una revisión de la *Cochrane Library*⁽¹⁰⁾.

En otra bibliografía consultada, se observa que la citología convencional posee una sensibilidad media del 53% en la detección de lesiones intraepiteliales cervicales escamosas o alto-moderada (CIN 2) o superiores. Sin embargo, los nuevos métodos basados en la detección del VPH-AR han demostrado una sensibilidad media del 91%, y un valor predictivo negativo del 99,2%⁽¹⁸⁾.

Se ha demostrado, que el cribado poblacional, mediante el envío de carta con invitación a todas las mujeres con edad comprendida en la horquilla etaria que se decida, tiene mayor impacto poblacional que el cribado oportunista, evitando así, el control reiterado y/o excesivo de un segmento de la población y el descontrol del que no consulta al sistema sanitario⁽¹⁰⁾.

Se estima que alrededor del 30% de las mujeres españolas permanecen al margen del

cribado de CCU, concentrándose en este grupo alrededor de 8 de cada 10 CCU incidentes⁽¹⁰⁾.

La OMS, las guías europeas o las sociedades científicas implicadas recomiendan la detección del VPH como prueba primaria en las mujeres mayores o igual a 30 años. Antes de los 30, existe una elevada prevalencia de infección por VPH clínicamente irrelevante y un riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento de lesiones destinadas a regresar de forma espontánea, por lo que se recomienda reservar la citología como triaje de las mujeres con VPH positivas o para las mujeres más jóvenes^(10,16,17). Después de los 30 años, existe una menor prevalencia de infección por VPH y mayor porcentaje de infección persistente, es decir, mayor riesgo e incidencia de lesiones precursoras de CCU, lo que sí puede suponer un factor de riesgo de presentar patología VPH dependiente^(10,16,17).

En España, se observa que un tercio de las mujeres menores de 30 años son VPH positivas, pero 9 de cada diez se negativizarán a corto plazo gracias a la inmunidad de la portadora⁽¹⁰⁾. Con el avance de la edad, se experimenta un descenso gradual, hasta llegar a valores inferiores al 4% en edades perimenopáusicas⁽²⁰⁾.

En el 2017, en Castilla y León, se ha observado una mayor prevalencia de VPH en las pruebas realizadas con detección de VPH que las realizadas con citología vaginal convencional, observando la máxima prevalencia entre los 35-39 años⁽²⁰⁾.

Los últimos estudios avalan un gran efecto protector de la prueba de detección del VPH-AR, pudiendo ampliar los intervalos entre cribados hasta 5 años en mujeres VPH negativas, manteniendo así altísimos niveles de sensibilidad y especificidad, resultando un balance coste-efectividad superior comparado con las recomendaciones tradicionales^(10,16). También la auto-toma para la determinación del VPH ha

demostrado una eficacia alta, similar a la practicada por el personal sanitario⁽¹⁰⁾.

El Grupo de trabajo de Prevención del Cáncer del Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en su última actualización en el 2018, establece alguna de las siguientes recomendaciones⁽¹⁷⁾:

- Los profesionales sanitarios deben proporcionar consejo sobre protección en los contactos sexuales.
- Mujeres menores de 25 años: no se recomienda ningún tipo de cribado, independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Mujeres de 25-30/35 años que hayan iniciado actividad sexual y se encuentren asintomáticas: citología de cribado cada 3 años, si resultado negativo.
- Mujeres asintomáticas de 30-35 a 65 años: se recomienda la prueba del VPH cada 5 años (evidencia alta, recomendación fuerte a favor) o la citología de cribado cada 3 años (nivel evidencia moderada, recomendación débil a favor).
- El cribado finalizará a los 65 años, siempre que se den 2 condiciones: cribado previo adecuado y negativo o ausencia de antecedentes de CIN o CCU tratado durante los 20 años previos.
- No se realizará cribado a las mujeres que no han tenido relaciones sexuales ni en mujeres con histerectomía con extirpación del cérvix.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publica una resolución en el Boletín Oficial del Estado de 27 de abril de 2019, donde se ordena a las diferentes comunidades autónomas a un cambio

progresivo del programa oportunista a uno poblacional, basado en la detección del VPH-AR^(6,19), el cual se deberá realizar siguiendo las nuevas recomendaciones:

- Población objetivo: Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.
- Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:
 - Mujeres con edades comprendidas entre los 25-34 años: citología cada 3 años.
 - Mujeres con edades comprendidas entre 35-65 años: determinación del VPH-AR:
 - Si VPH-AR negativo: repetir prueba a los cinco años.
 - Si VPH-AR positivo: realizar citología. Si citología negativa, repetir VPH-AR al año.

NUEVO PROGRAMA GALLEGO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX

En Galicia, desde el 2013, se viene realizando una citología como prueba de cribado de forma oportunista y con una periodicidad mínima de 3 años, a todas las mujeres sexualmente activas con edades comprendidas entre los 21 y los 65 años^(6,14).

En 2019, en Galicia, desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Galego de Saúde (SERGAS), se adoptan varias decisiones para adaptarse a las nuevas recomendaciones de la OMS y del Sistema Nacional de Salud^(6,15):

- Sustituir la vacuna bivalente frente al VPH Cervarix[®], por la nonavalente Gardasil 9[®]. A partir del 22 de julio del 2019, esta vacuna pasa

a formar parte del calendario de vacunación infantil y se decide ampliar su uso a otros grupos de riesgo. Según el calendario de vacunación, se recomienda la vacunación sistemática a niñas de 12 años, en pauta de dos dosis^(7,12,15).

– Establecer el cribado poblacional para el cáncer de cérvix con la detección del VPH-AR como prueba primaria para el diagnóstico en mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 65 años^(6,15).

Así, Galicia establece el “*Nuevo Programa Gallego para la detección precoz del cáncer de cérvix*”, cribado poblacional del CCU que se basa en la detección del VPH-AR^(6,19), y se prepara para la puesta en marcha de un estudio piloto, que se llevará a cabo durante el año 2021 en dos centros de salud de la comarca de Lugo.

Las características de este estudio piloto son las siguientes⁽⁶⁾:

Población diana: mujeres de 35 a 65 años residentes en Galicia. Las mujeres de 25 a 35 años continuarán realizando el cribado oportunista mediante la citología de control cada 3 años, tal como se estaba realizando hasta el momento.

Prueba de cribado: basada en la detección de la infección por VPH-AR. Para realizar esta prueba basta con recoger una muestra de flujo vaginal, sin necesidad de obtener células directamente del cérvix, lo cual facilita que la toma de la muestra pueda ser realizada por la propia mujer en su domicilio.

– Si el test para el VPH-AR es negativo, se repetirá la prueba al cabo de 5 años.

– Si es test para el VPH-AR es positivo, se realizará una citología de control.

- Si la citología es negativa: se repetirá el análisis del VPH-AR al año.

- Si la citología es positiva: se derivará a la mujer a las consultas de ginecología para establecer una confirmación diagnóstica mediante colposcopia.

Sistema de citación: Todo el proceso estará informatizado, con el mismo sistema que se utiliza para los programas de cáncer de colon y mama. Se procederá a la invitación de las mujeres mediante una carta personalizada, teniendo en cuenta los datos de la tarjeta sanitaria, en la que se adjuntará un folleto informativo sobre el nuevo programa.

Para la puesta en marcha del programa piloto se valorarán de modo simultáneo tres procedimientos diferentes para evaluar cuál es el más aceptado y el que ofrece mejores datos de participación por parte de las mujeres. Los procedimientos son los siguientes⁽⁶⁾:

i) Un tercio de las mujeres recibirán una citación para acudir a la consulta de la matrona en su centro de salud para hacer la recogida de la muestra.

ii) Otro tercio de las mujeres recibirán en su domicilio el dispositivo necesario para la recogida de la muestra por ellas mismas (auto-toma).

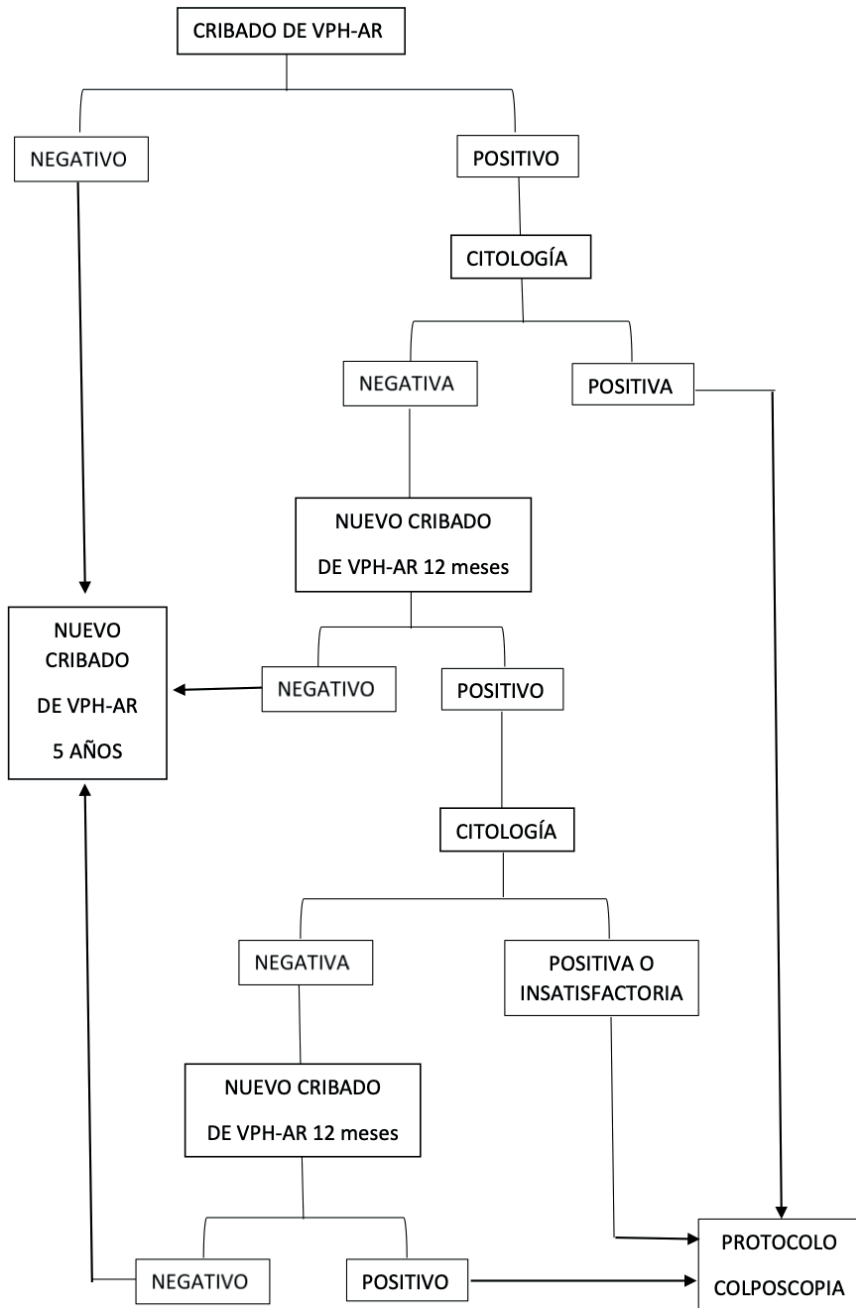
iii) Al último tercio de las mujeres se les enviará una comunicación postal mediante la cual la mujer podrá elegir entre una opción u otra.

Resultado y actitud terapéutica: En la **figura 1**, se puede observar el algoritmo de actuación determinado⁽⁶⁾:

– VPH-AR negativo: pasados 5 años, el programa enviará una nueva citación por carta a la mujer para repetir la prueba.

– VPH-AR positivo: es necesario comprobar que no hay anomalías en las células del cuello del útero mediante la realización de una citología.

Figura 1
Algoritmo del programa.



- En caso de que la muestra para el análisis del VPH-AR fuera recogida por la matrona en consulta, la citología podrá realizarse en esa misma muestra sin que la paciente tenga que acudir de nuevo a la consulta.
- Si la toma la realizó la mujer en su domicilio, se le enviará una carta con una cita fijada para acudir a la consulta de la matrona para realizar la citología.
 - Citología normal: se realizará un nuevo control del análisis del VPH-AR al cabo de un año para valorar si la infección se ha resuelto.
 - Citología anormal: se citará a la mujer para la realización de una colposcopia, con el objetivo que descartar lesiones premalignas o malignas en el cuello del útero.

Comunicación de los resultados: los avisos a cada mujer participante se harán de la siguiente manera⁽⁶⁾:

- VPH-AR negativo: información mediante SMS a la mujer.
- VPH-AR positivo: comunicación mediante carta, junto con las citas para las siguientes pruebas que se consideren oportunas.

Todos los resultados estarán disponibles a través de la plataforma E-Saúde y de los profesionales de Atención Primaria, pasado un mes desde la realización de la prueba.

LAS MATRONAS COMO PERSONAL REFERENTE EN EL CRIBADO DEL CCU

Respecto a los profesionales de referencia para la puesta en marcha de los programas de

cribado para el CCU, la matrona es la enfermera especializada en Obstetricia y Ginecología con competencias propias legalmente reconocidas, tanto en el ámbito de la atención primaria como en la especializada. Su formación y competencias se extienden a la labor asistencial, gestora, docente e investigadora y están claramente definidas a nivel nacional y europeo a través de las siguientes normativas: *Orden SAS/1349/2009, del 6 de mayo*, reguladora del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, y *Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo*^(21,22,23):

i) *Orden SAS/1349/2009, del 6 de mayo*, reguladora del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), en la que se contemplan las implicaciones competenciales de las matronas en el manejo de programas de salud en aspectos preventivos y de promoción, así como la atención directa de procesos reproductivos específicos^(21,22,23).

ii) *Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo* por la que se incorporan al ordenamiento jurídico diversas normativas relativas al reconocimiento de las cualificaciones profesionales de este colectivo^(21,24).

Por todo ello, la matrona se perfila como el profesional referente en actividades de prevención primaria y secundaria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer, liderando el cribado de CCU en España^(2,3,11,21,22,23).

A modo de conclusión, comentar que la atención primaria se perfila como el mejor ámbito para el abordaje de una estrategia global para la prevención del CCU⁽²²⁾. Desde el punto de vista de la prevención primaria, las campañas de información sobre su etiología, los factores de riesgo y las campañas de vacunación a nivel

nacional frente al VPH, podrían ayudar a reducir aún más su incidencia en España⁽⁷⁾.

Desde el punto de vista de la prevención secundaria, la prueba para el análisis de la existencia del VPH-AR, como prueba primaria en el diagnóstico precoz de lesiones premalignas en el cuello del útero, presenta una mayor sensibilidad que la citología actual, especialmente en las mujeres mayores de 30 años. La pérdida mínima de especificidad de esta prueba, se compensa con la realización de una citología en todos los casos con VPH-AR positivo. Al presentar un mejor valor predictivo negativo, se permite aumentar el intervalo entre cribados hasta cinco años^(5,6,8,13).

En los últimos años, son ya algunas CCAA las que se empiezan a sumar a las recomendaciones de la OMS y del SNS, incorporándose Galicia en el 2020.

Así mismo, se pone de manifiesto la importancia de la labor de la matrona en la prevención y diagnóstico precoz del CCU, a través de su actividad asistencial desde la consulta de Atención Primaria. Esta actividad preventiva, junto con otras actividades de educación para la salud y asesoramiento a la mujer, contribuye al buen desarrollo de programas como el del diagnóstico precoz del CCU mediante la detección del VPH-AR⁽²³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- Romeu Martínez M, Cartelle Loureiro S, González Martínez I. Conocimientos de las mujeres del área sanitaria de Ferrol sobre el cribado del cáncer de cérvix. *Enfermería Comunitaria*. 2019; 15 (11541). Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e11541> [acceso: 26/03/2021].
- Amparán Ruiz M, Paz Zulueta M. Resultados del protocolo de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix en la zona básica de salud de Laredo. *Cantabria. Nuberos Científica*. 2014; 2(13): 12-6. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/16/15>
- Saei Ghare Naz M, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Rashidi Fakari F. Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018; 19(4): 875-84. Doi: 10.22034/APJCP.2018.19.4.875
- Fernández Raigada RI. Prevención del cáncer de cérvix: una aproximación desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2016; 4 (4): 6-17.
- World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Ginebra: WHO. 2020. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
- Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia [Internet]. Programa Galego de detección precoz de cancro de cérvix. Santiago de Compostela: SERGAS. Octubre 2020. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Programa-galego-deteccion-precoz-cancro-cervix?idioma=es>
- Solano Mora A, Solano Castillo A, Gamboa Ellis C. Actualización de prevención y detección del cáncer de cérvix. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(3): 2215-4523. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395/747>
- Castelo Fernández B, Redondo Sánchez A, Bernal Hertfelder E, Ostios García L. Cáncer de cérvix. *Cáncer de endometrio. Medicine*. 2017; 12 (34): 2036-46. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-cancer-cervix-cancer-endometrio-articulo-S0304541217301300>
- World Health Organization. Sexual and reproductive health WHO [Internet]. Director-General calls for all countries to take action to help end suffering caused by cervical cancer. Ginebra: WHO. Mayo 2018. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-elimination-cervical-cancer/en/#file:///C:/Users/canb2e3/Downloads/Dialnet-ElCribadoDelCancerDeCervix-7085317.pdf>

10. Roig García MC, Borrás Bentanachs E, Mitjans Montoliu E, Navarro Tolosa MJ, Barana Vidal C. La matrona en el cribado de cáncer de cérvix y detección del virus del papiloma humano, según el país de procedencia. *Matronas Profesión*. 2015; 16 (3): 96-102. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-cribado-de-cancer-cervix.pdf>
11. Stumbar SE, Stevens M, Feld Z. Cervical cancer and its precursors. A preventative approach to screening, diagnosis, and management. *Prim Care Clin Office Pract*. 2019; 46: 117-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S009545431830099X?via%3Dihub>
12. Fontham ETH, Wolf A, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, Guerra CE *et al*. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020; 70 (5): 321-46. Disponible en: <https://acs-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21628>
13. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria [Internet]. Guía do proceso de detección precoz de cancro de cérvix 2013. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. 2013. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2289-ga.pdf>
14. Sustitución da vacina bivalente fronte a o virus do papiloma humano pola vacina nonavalente Gardasil 9®. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. 2019. Disponible en: [https://www.sergas.gal/Saude-publica/Programa%20Galego%20de%20Vacinaci%C3%B3n%20\(PGV\)](https://www.sergas.gal/Saude-publica/Programa%20Galego%20de%20Vacinaci%C3%B3n%20(PGV))
15. De San José S. Cambios en el cribado del cáncer de cuello uterino. *Aten Prim*. 2016; 48(9): 53-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877830/pdf/main.pdf>
16. Del Campo Giménez M y Villarín Castro A. implantación del cribado poblacional del cáncer de cuello uterino en Castilla-La Mancha. *REV CLÍN MED FAM*. 2018; 11(3): 125-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v11n3/1699-695X-albacete-11-03-00125.pdf>
17. Oncins Torres R, Aragón Sanz MA, Comes García MD, Vallés Gallego V, Cortés Ramas A. Evaluación de un nuevo protocolo de cribado de cáncer cervical con citología convencional y test del virus del papiloma humano. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Ene 2014; 57 (1): 14-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501313002094?token=A5BE36675C9BFF525FF60ACB178F2B0C9E88A0A3666752914C0B62267B83BA5C1A968648EA6DCFCFA4EF4CCEF2ABCE87>
18. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6277
19. García S, Domínguez-Gil M, Gayete J, Blanco M, Eiros JM, de Frutos M *et al*. Prevalencia de virus de papiloma humano en mujeres de un programa de cribado poblacional. *Rev Esp Quimioter* 2017; 30 (3): 177-82. Disponible en: <http://www.seq.es/seq/0214-3429/30/2/garcia11feb2017.pdf>
20. Informe sobre el estado actual de las matronas en España. Competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo. Documento elaborado por la Asociación Española de Matronas. 2017. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/02/DOCUMENTO-COMPETENCIAS.pdf>
21. Martínez García E, Baena Antequera F, Rodríguez Soto C. Evolución y futuro de las competencias de las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas). *Enfermería Clínica*. 2018; 28(5): 279-282. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-evolucion-futuro-las-competencias-las-S1130862118302158>
22. Orden SAS/1349/22009, del 6 de mayo, reguladora del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>

23. Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>