



**TRABALLO DE FIN DE GRAO
GRAO EN ENFERMARÍA
CURSO ACADÉMICO 2024/2025
CONVOCATORIA XUÑO**

TÍTULO

Análise dos programas de prevención do cancro de cérvix en España: unha revisión bibliográfica.

Análisis de los programas de prevención del cáncer de cérvix en España: una revisión bibliográfica.

Analysis of cervical cancer prevention programs in Spain: a bibliographic review.

APELIDOS/NOME DO ESTUDANTE: López Carnero, Paula.

DNI: 34277393X.

GRAO DE ENFERMARÍA.

APELIDOS/NOME DO TITOR:

Rivas Fernández, Inés

DATA: 10/06/2025

Resumo.....	I
Resumen.....	II
Abstract	III

ÍNDICE

1. Introdución.....	1
1.1. Cancro: definición	1
1.2. Cancro de cérvix.....	1
1.3. Epidemioloxía	1
1.3.1. Cancro a nivel mundial	2
1.3.2. Cancro en españa	2
1.4. Factores de risco do cancro de cérvix.....	3
1.5. Prevenção do cancro de cérvix.	5
1.5.1. Prevenção primaria	5
1.5.2. Prevenção secundaria.....	6
1.5.2.1 Programa galego de detección precoz do cancro de cérvix.	8
1.5.3. Obxectivos dos programas de prevención de cancro de cérvix.....	9
1.6. Probas diagnósticas complementarias do cancro de cérvix	9
1.7. Estadificación do cancro de cérvix.....	10
1.8. Tratamento do cancro de cérvix.	11
1.9. Prognóstico do cancro de cérvix.	12
2. Obxectivos	12
2.1. Obxectivo principal	12
2.2. Obxectivos específicos	12
3. Xustificación	13
4. Metodoloxía	13
4.1. Deseño do estudo.....	13
4.2. Resultados da busca.....	15
5. Análise e resultados.....	17
5.1. Prevenção primaria do cancro de cérvix	17
5.2. Prevenção secundaria do cancro de cérvix	19

6.	Discusión	24
7.	Conclusións.....	28
8.	Bibliografía	29

ÍNDICE DE TÁBOAS:

Táboa 1: Estadíos do cancro de cérvix.....	10
Táboa 2: Pregunta PICO.	14
Táboa 3: Datos de cobertura de vacinación contra o VPH de primeira e segunda dose en algunhas Comunidades Autónomas, ano 2023.....	19
Táboa 4: Porcentaxe de cobertura dos cribados de cancro de cérvix por Comunidades Autónomas en 2017.	22

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Porcentaxe de vacinados contra o VPH en España nos últimos anos	17
Gráfico 2: Porcentaxe de mulleres que se someten ás probas de detección de cancro de cérvix por idades ano 2017.....	20
Gráfico 3: Idade de uso da citoloxía por comunidades.....	23

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Secuencia de actuación por prevención secundaria ante o cancro de cérvix.. ..	7
Figura 2: Algoritmo PRISMA 2020 que recolle o proceso de recolección dos estudos que se van incluír no proxecto.	16

SIGLAS E ABREVIATURAS EMPREGADAS:

AECC: Asociación Española Contra o Cancro.

CC: Cáncer cervicouterino.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CIN: Neoplasia Intraepitelial Cervical.

CISNS: Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

ENSE: Enquisa Nacional de Saúde de España.

FIGO: Federación Internacional de Xinecoloxía e Obstetricia.

IARC: Axencia Internacional de Investigación do Cancro.

INE: Instituto Nacional de Estatística.

OMS: Organización Mundial da Saúde.

PET: Tomografía por Emisión de Positróns.

PICO: Patient, Intervention, Comparison, Outcome.

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

SEOM: Sociedade Española de Oncoloxía Médica.

SERGAS: Servizo Galego de Saúde.

SIVAMIN: Sistema de Información de Vacunacións do Ministerio de Sanidad.

VPH: Virus do Papiloma Humano.

RESUMO

Na actualidade, o cancro de cérvix uterino ocupa o cuarto lugar entre os tipos de cancro máis diagnosticados en mulleres no mundo. A súa elevada incidencia fai desta patoloxía un problema de saúde pública cuxas causas, en gran parte previsibles e controlables, requiren un enfoque integral baseado na detección precoz e promoción da saúde.

Esta situación levou á implementación de numerosas estratexias de prevención primaria e secundaria como a vacinación e os programas de cribado, claves para reducir a incidencia e mortalidade desta enfermidade. Con todo, os datos estatísticos dispoñibles mostran diferenzas significativas na cobertura incluso dentro do propio país, o que evidencia desigualdades no acceso e participación.

Obxectivo: determinar os programas de prevención de cancro cervicouterino existentes en España actualmente e o seu impacto.

Metodoloxía: realizarase unha revisión bibliográfica da literatura en bases de datos dende 2019 ata a actualidade.

Resultados: malia que a cobertura de vacinación contra o VPH aumentou durante os últimos anos aínda existen diferenzas entre grupos poboacionais. En referencia aos programas de cribado, détéctanse diferenzas nas cifras de participación segundo grupos etarios e territorio, o que pon de manifesto a necesidade de transicionar cara un modelo de captación máis homoxéneo.

Conclusións: os programas de detección continúan sendo a principal medida para reducir a incidencia e mortalidade do cancro de cérvix. A pesar diso, seguen presentes barreiras para a súa optimización relacionadas coa falta de información adecuada, baixa concienciación en determinados grupos e as diferenzas na implementación e acceso aos servizos entre territorios distintos, que dificultan unha participación uniforme nos programas.

Palabras chave: "cancro", "cérvix", "vacina", "prevención", "VPH".

RESUMEN

En la actualidad, el cáncer de cérvix uterino ocupa el cuarto lugar entre los tipos de cáncer más diagnosticados en mujeres en el mundo. Su elevada incidencia hace de esta patología un problema de salud pública cuyas causas, en gran parte previsibles y controlables, requieren un enfoque integral basado en la detección precoz y promoción de la salud.

Esta situación llevó a la implementación de numerosas estrategias de prevención primaria y secundaria como la vacunación y los programas de cribado, claves para reducir la incidencia y mortalidad de esta enfermedad. Pese a esto, los datos estadísticos disponibles muestran diferencias significativas en la cobertura incluso dentro del propio país, lo que evidencia desigualdades en el acceso y participación.

Objetivo: determinar los programas de prevención de cáncer cervicouterino existentes en España actualmente y su impacto.

Metodología: se realizará una revisión bibliográfica de la literatura en bases de datos desde 2019 hasta la actualidad.

Resultados: pese a que la cobertura de vacunación contra el VPH ha aumentado durante los últimos años todavía existen diferencias entre grupos poblacionales. En referencia a los programas de cribado, se detectan diferencias en las cifras de participación según grupos etarios y territorio, lo que pone de manifiesto la necesidad de transicionar hacia un modelo de captación más homogéneo.

Conclusiones: los programas de detección continúan siendo la principal medida para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix. A pesar de eso, siguen presentes barreras para su optimización relacionadas con la falta de información adecuada, baja concienciación en determinados grupos y las diferencias en la implementación y acceso a los servicios entre territorios distintos, que dificultan una participación uniforme en los programas.

Palabras clave: "cáncer", "cérvix", "vacuna", "prevención", "VPH".

ABSTRACT

Cervical cancer currently ranks fourth among the most commonly diagnosed cancers in women in the world. Its high incidence makes this pathology a public health problem whose causes, largely predictable and controllable, require a comprehensive approach based on early detection and health promotion.

This situation has led to the implementation of numerous primary and secondary prevention strategies such as vaccination and screening programs, which are key to reduce the incidence and mortality of this disease. Despite this, the available statistical data show significant differences in coverage even within the country itself, which evidences inequalities in access and participation.

Objective: determining the cervical cancer prevention programs currently existing in Spain and their impact.

Methodology: a literature review of the literature in databases from 2019 to the present will be performed.

Results: although HPV vaccination coverage has increased in recent years, there are still differences between population groups. With regard to screening programs, there are differences in participation figures according to age groups and territory, which highlights the need to move towards a more homogeneous model of recruitment.

Conclusions: screening programs continue to be the main measure to reduce cervical cancer incidence and mortality. Despite this, there are still barriers to their optimization related to the lack of adequate information, low awareness in certain groups and differences in the implementation and access to services between different territories, which hinder uniform participation in the programs.

Keywords: “cancer”, “cervix”, “vaccine”, “prevention”, “HPV”.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CANCRO: DEFINICIÓN

A palabra cancro comprende un conxunto de enfermidades caracterizadas polo crecemento de células anormais que tenden a multiplicarse e diseminarse de forma descontrolada por calquera zona do corpo, invadindo órganos e tecidos (1) para finalmente formar masas adquirindo o nome de tumor.

Na actualidade o cancro é unha cuestión de gran relevancia para o sistema de saúde, ao tratarse dunha patoloxía grave con manifestacións moi diversas debido á variabilidade na súa evolución e resposta ao tratamento (1). Comprende patoloxías con un gran impacto no ámbito social, sanitario e económico ao agrupar gran cantidade de recursos e precisar de un abordaxe integral en todos os niveis de atención (2).

1.2. CANCRO DE CÉRVIX

O cancro de colo uterino ou cancro cervicouterino (CC) é aquel que se orixina a partir dun crecemento anormal de células nos tecidos que conforman o cérvix, estrutura que conecta a cavidade uterina coa vaxina (3).

Constitúe unha enfermidade de desenvolvemento lento, iniciando con unha lesión precancerosa que evolucionará ao longo de dez a quince anos ata formar finalmente o tumor maligno. Habitualmente estas manifestacións iniciais son asintomáticas (3), polo que na súa maioría serán detectables exclusivamente a través de probas de cribado.

1.3. EPIDEMIOLOXÍA

Para valorar o impacto do cancro nunha poboación, emplearanse fundamentalmente os termos incidencia e prevalencia. A incidencia refírese ao número de casos novos identificados durante un periodo de tempo e poboación determinados, usualmente expresado en 100.000 habitantes e un ano (4). Este determinante resulta clave para comprender a frecuencia coa que se presenta a enfermidade e poder establecer os recursos necesarios.

Por outro lado, a prevalencia será a poboación diagnosticada coa enfermidade, curadas ou non, que están vivas nun período de tempo ou momento determinados. Este termo relaciónase á súa vez coa supervivencia e mortalidade; que expresa o número de falecementos nun período de tempo e poboación determinados, usualmente 100.000 habitantes e un ano (4).

1.3.1. CANCRO A NIVEL MUNDIAL

Actualmente o cancro constitúe unha das patoloxías máis comúns a nivel mundial. En base aos estudos emitidos pola Axencia Internacional de Investigación do Cancro (IARC), a súa incidencia continúa en aumento estimándose en 2022 uns 20 millóns de casos novos e anticipando un incremento de ata 33 millóns nos próximos dez anos seguindo as estimacións poboacionais (5).

En canto á mortalidade mundial, no 2022 a enfermidade foi causa de aproximadamente 10 millóns de falecementos. Segundo as estimacións, este valor podería incrementar significativamente nos próximos anos, alcanzando os 18 millóns de mortes anuais no 2050 (5). Este crecemento resulta alarmante, e reflexa a necesidade de fortalecer estratexias de prevención e diagnóstico temperás.

En referencia ao cancro de cérvix, este é o cuarto tipo de neoplasia máis común en mulleres no mundo tras o de mama, o colorrectal e o de pulmón (3), observando unha incidencia de 600.000 novos casos e 350.000 mortes ao ano; destacando que a maioría se detectan en países con baixos recursos e ingresos (6).

1.3.2. CANCRO EN ESPAÑA

En España, o cancro tamén constitúe unha das principais causas de morbi-mortalidade. Segundo datos do Instituto Nacional de Estatística presenta a segunda causa de morte no país, cun 25,6% dos falecementos e superada unicamente polas enfermidades do aparello circulatorio (7). Ao igual que a nivel mundial, espérase que esas cifras continúen incrementando de forma progresiva nos próximos anos, estimándose uns 296.000 casos para este 2025 e superando os 350.000 no ano 2050 segundo proxeccións da Sociedade Española de Oncoloxía Médica (3).

En referencia ao cancro de cérvix, en España maniféstanse arredor de 5,4 casos por cada 100.000 mulleres ao ano, o cal o converte nun dos países con menor incidencia desta patoloxía a nivel mundial e cuns valores por debaixo da media europea, posto que esta se mantén arredor dun 6,5 (8). Os datos máis recentes mostran que estas tendencias continúan, producíndose 2.307 casos novos da enfermidade en 2024, e estimándose uns 2.300 para este 2025 (4).

A taxa de defuncións tamén é un valor que se mantén estable nos últimos anos, oscilando entre 650 a 750 mortes anuais pola enfermidade no país entre 2019 e 2023 (9) segundo datos do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Ademáis, en Galicia dispoñemos de datos que amosan uns 20.000 casos de cancro diagnosticados e 8.000 defuncións anuais debidas a esta mesma causa (10). En referencia ao cancro de cérvix, o Servizo Galego de Saúde (SERGAS) estima uns 41 tumores detectados entre 2021 e 2024 (11), e uns 50 falecementos ao ano por esta enfermidade (12). Ao igual que a nivel nacional, os valores mantéñense e non se observan variacións significativas.

Para comprender adecuadamente a incidencia desta enfermidade na poboación é fundamental observar a relación entre os grupos de idade e as porcentaxes de incidencia. Isto débese a que, pola evolución natural da infección, a súa presenza será maior en mulleres arredor dos 20 anos, tendendo a diminuír pasados os 30; non obstante, esta etapa tamén coincide coa de maior cantidade de lesións precancerosas persistentes (8), con risco de progresar a cancro de cérvix.

1.4. FACTORES DE RISCO DO CANCRO DE CÉRVIX.

A principal condición para que se desenvolva a enfermidade é a infección polo Virus do Papiloma Humano (VPH). Esta considérase actualmente a enfermidade de transmisión sexual máis común, afectando a un 50% das mulleres nos primeiros 2 anos tras o inicio da súa vida sexual (13); non obstante, pese a que poden ser desencadeante da enfermidade, non todos os casos de VPH provocarán un cancro de colo uterino: a maior parte dos individuos infectados non padecerán síntomas e unha gran parte delas se resolverán facilmente de forma espontánea por actuación do sistema inmunitario (8) sen

chegar a desenvolver lesións oncoxénicas, o que se verá traducido en diferencias na incidencia e prevalencia segundo a idade.

Dentro da súa clasificación as variedades 16 e 18 serán as consideradas de máis alto risco. De sufrirse unha infección persistente seguindo a evolución natural da enfermidade, iniciarán un proceso de formación e desenvolvemento durante dez a quince anos para rematar formando lesións invasivas (12), as cales se clasificarán segundo o grao de afectación nos seguintes modelos (3):

1. Neoplasia intraepitelial cervical grao 1 (CIN1) - reversible na maior parte dos casos. Implica lesións de baixo grao (L-SIL).
2. Neoplasia intraepitelial cervical grao 2 (CIN 2) - pode desenvolverse a un nivel máis severo nun 25% das ocasións (lesións de alto grao ou H-SIL).
3. Neoplasia intraepitelial cervical grao 3 (CIN 3) - vólvese un carcinoma invasivo na maioría dos casos, xera lesións de gravidade (H-SIL).
4. Cancro invasivo - a súa etapa final. O máis común segundo tipo de tecido afectado sería o escamoso, seguido polo adenocarcinoma.

Ademais da infección por VPH, existen outros factores que asociados a esta poden promover o desenvolvemento do cancro, entre eles atopamos (14,15) :

- Inicio temperá da actividade sexual.
- Presenza de múltiples parellas sexuais.
- Ausencia ou uso incorrecto de métodos barreira.
- Uso de anticonceptivos orais durante tempo prolongado (máis de cinco anos). Existen estudos que demostran que demostran esta relación; pese a elo, os efectos positivos continúan superando aos riscos e estes diminúen ao deixar de tomalo.
- Nivel social e/ou económico baixos.
- Inmunosupresión.
- Tabaquismo: demostrado o cofactor máis relevante.
- Antecedentes: historial familiar da enfermidade ou a presenza dun historial de enfermidade de transmisión sexual ou neoplasia incrementa a probabilidade de desenvolver este cancro (2).

1.5. PREVENCIÓN DO CANCRO DE CÉRVIX.

1.5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

A prevención primaria ten como obxectivo evitar a aparición da enfermidade actuando contra os factores de risco; o elemento máis eficaz para a profilaxe primaria do cancro de cérvix é a vacinación (12).

No noso país a vacina contra o VPH foi introducida no calendario do Sistema Nacional de Saúde en 2007 e actualmente existen tres tipos dispoñibles (12): bivalente (*Cervarix*), tetravalente (*Gardasil*) e nonavalente (*Gardasil 9*); todas elas confiren protección contra os tipos 16 e 18, que causan cancro con máis frecuencia, pero as dúas últimas inclúen ademais outras variedades. Estas elabóranse con partículas similares ao virus de VPH, as cales estimulan a produción de anticorpos e ao non estar compostas por ADN non teñen a capacidade de causar enfermidade, senón que preveñen a infección ante unha exposición posterior ao axente que a provoca (13).

A pauta actual recomendada segundo o programa do calendario de vacinación é dunha dose aos doce anos a nenos e nenas, aínda que a día de hoxe se está a realizar un programa de captación en todo o país. Este recollerá a diferentes grupos poboacionais (16): aqueles non vacinados ata os 18 anos (unha única dose), determinadas poboacións de risco non vacinadas (prostitución, homes que mantén relacións sexuais con outros homes) ata os 45 anos (unha dose ata aos 25 ou dúas a partir dos 26 anos), persoas inmunodeprimidas non vacinadas e de risco (tres doses ata os 45 anos) e mulleres que recibisen tratamento para lesións CIN2 ou superior de calquera idade (tres doses).

Actualmente ningunha das vacinas protexe completamente contra tódolos tipos de VPH coñecidos, pero sí contra os máis agresivos. A evidencia científica demostra a súa seguridade e eficacia, aínda que os seus efectos a longo prazo se descoñezan debido ó recente que é a súa implantación sistemática no noso sistema de saúde e a longa historia natural da enfermidade (16).

Dentro das actividades de prevención a este nivel tamén se atopan os programas antitabaco, dado que este hábito afecta ao sistema inmunitario e favorece a progresión das

lesiões. Así mesmo, promóvese o uso correcto do preservativo, o cal contribúe a reducir significativamente a probabilidade de contaxio (12) e se fomenta o seguimento dun estilo de vida saudable. Na actualidade, existe un descoñecemento xeral na poboación acerca das vías de transmisión do VPH, factores de risco e ferramentas de prevención; ademais, persisten ideas erróneas baseadas en prexuízos cara ás persoas que padecen a infección (17). Por estas causas formarán tamén parte da prevención as actividades de comunicación cara os adolescentes e familias. Estas iniciativas teñen como obxectivo principal proporcionar información de calidade de maneira accesible, acabar cos mitos respecto á enfermidade e promover os hábitos saudables.

1.5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

A prevención secundaria do CC baséase en modelos de cribado poboacional dirixidos a mulleres entre os 25 e 65 anos. O seu obxectivo principal será detectar a mulleres que xa padecen o cancro nos seus estadios temperás ou identificar a aquelas que padezan de lesións precursoras que se poidan desenvolver na enfermidade no futuro (16).

Estas probas realízanse en mulleres aparentemente sas que carecen de sintomatoloxía. Son procedementos pouco invasivos pero que achegan información de gran valor diagnóstico xa que un resultado negativo implicaría risco moi baixo de desenvolver a enfermidade.

As técnicas nas que se basea este modelo de prevención son a citoloxía ou test de Papanicolau e a proba de detección de VPH. A primeira constitúe unha proba de baixa sensibilidade pero elevada especificidade, na cal se visualiza o cérvix mediante un espéculo para posteriormente tomar mostras de células e mucosa mediante raspado, que serán analizadas coa finalidade de detectar cambios anormais nas células. Pola contra, a proba de detección de VPH presenta elevadas sensibilidade e especificidade (3), baseándose no mesmo método de recollida de mostras, pero neste caso para detectar a presenza da infección.

A secuencia de actuación por prevención secundaria ante o cancro de cérvix seguirase da seguinte maneira:

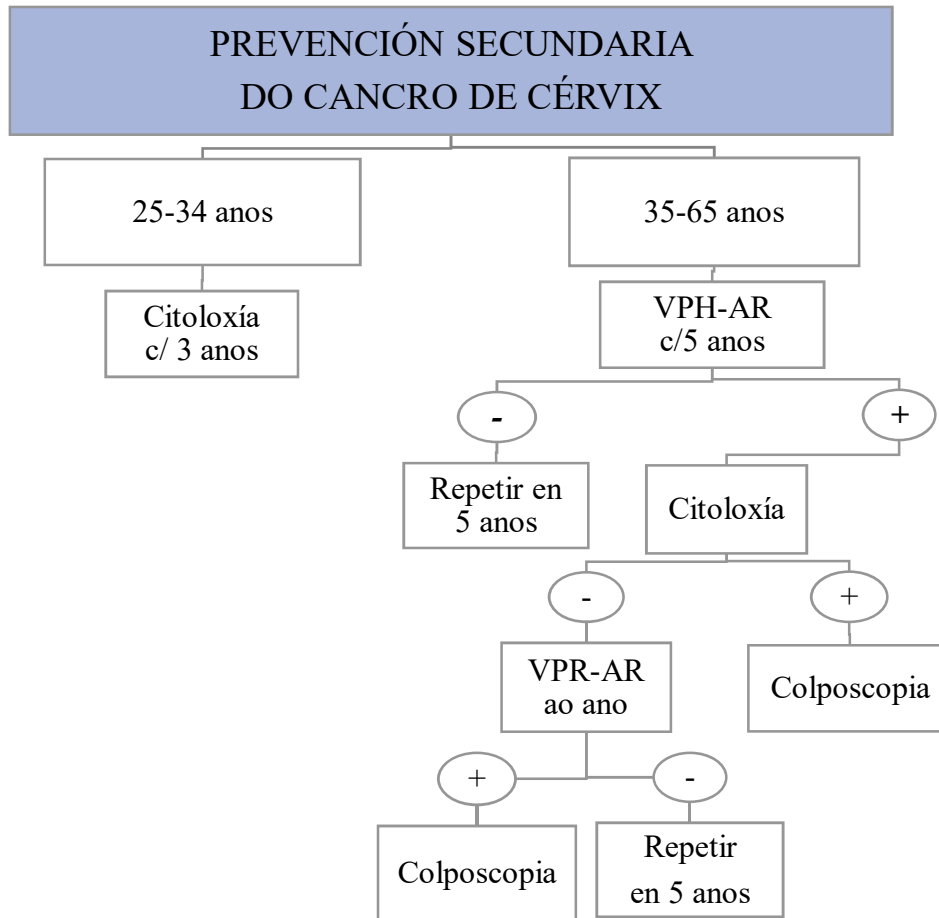


Figura 1: Secuencia de actuación por prevención secundaria ante o cancro de cérvix.. Datos obtidos de SERGAS (12)

A pesar de que foi demostrado que a sensibilidade das probas de detección de VPH é maior, recoméndase a citoloxía ou test de Papanicolaou como proba de primeira elección para as mulleres entre 25 e 34 anos debido ao gran número de infeccións transitorias nesta periodo (16).

De escollerse a outra opción, obteríase como resultado moitos falsos positivos causadas por estas variantes que se resolven espontaneamente e existiría un risco de sobreatamento, mentres que a citoloxía demostrou a súa gran eficacia de realizarse seguindo os protocolos de forma programada e continuada (16).

Actualmente non todas as Comunidades Autónomas (CCAA) completaron a actualización dos seus modelos de prevención do cancro de cérvix. Por esta razón, existen diferenzas entre territorios respecto aos grupos de idade incluídos nos programas de cribado.

Os profesionais da saúde teñen misión de transmitir ás mulleres a importancia de participar nestes programas pese a ter recibido a vacina xa que, se ben son moi eficaces, non protexen contra todos os tipos de VPH (12), polo que as probas seguen sendo moi relevantes para detectar cambios na estrutura do cérvix ou a aparición de células canceríxenas.

1.5.2.1 PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX.

Os programas galegos de prevención secundaria de cancro de cérvix baséanse no cribado mediante citoloxía cervical cada tres anos para as mulleres entre 25 e 34 anos mentres que, a partir dos 35 e ata os 65, se emprega a proba de detección do VPH (12).

Esta iniciativa vai dirixida ás mulleres residentes en Galicia que cumpran esas características e non padeceran a enfermidade previamente. A participación no cribado é totalmente voluntaria e gratuíta, e as mulleres recibirán unha invitación por mensaxe ao teléfono móbil ou no seu defecto a través de correo postal no domicilio (12).

Tras aceptar a participación, a muller ten a oportunidade de elixir o seu método de cribado de preferencia, sexa acudindo ao centro de saúde para a recollida de mostras por un profesional ou a autotoma (12), realizando elas mesmas o procedemento dende o domicilio de maneira sinxela para despois depositar a proba no centro de saúde para a súa análise.

Estas modalidades teñen como obxectivo facilitar a participación e deste xeito incrementar a cobertura do programa, promovendo a accesibilidade aos recursos.

1.5.3. OBXECTIVOS DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CANCRO DE CÉRVIX.

Actualmente a Organización Mundial da Saúde (OMS) está a levar a cabo unha "Estratexia mundial para a eliminación do cancro de colo uterino", polo cal se propoñen reducir a incidencia a números inferiores a 4 casos anuais por cada 100.000 mulleres. Por iso, creáronse unha serie de metas que todos os países deberían traballar para cumprir antes de 2030 (16):

- Vacinación completa do 90% de nenas menores de 15 anos.
- O 70% das mulleres deberán terse realizado un cribado antes dos 35 anos e dous antes dos 45.
- O 90% das mulleres con diagnóstico de CC deberán ter recibido tratamento.

Con estas ideas búscase reducir as cifras de mortalidade deste cancro, comezando con intervencións eficaces dende idades temperás. O obxectivo será tratar de reducir a incidencia e realizar sensibilización sobre síntomas, factores de risco e importancia das probas de cribado.

1.6. PROBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS DO CANCRO DE CÉRVIX

En caso de obter un resultado anormal nas probas de cribado, precisarase realizar probas a maiores que permitan determinar a presenza do cancro. Entre as máis empregadas podemos atopar (12, 18):

- Colposcopia: proba mediante a que se examina de cerca a través de lentes de aumento as mucosas, vaxina e cérvix uterino en búsqueda de sinais que indiquen presenza de infección. Permitirá tomar imaxes de calidade e realizar biopsias ante o achado de algún elemento anormal (12). En caso de non poder observar as anomalías con este método, deberá recurrirse a outras opcións máis invasivas como o legrado (18).

- **Legrado:** consiste na realización dun raspado na zona interna do cérvix uterino, concretamente aquela máis cercana ao útero (18), coa finalidade de obter unha mostra do tecido para a súa posterior análise.
- **Conización:** extírpase unha pequena parte da zona externa do cérvix uterino en forma de cono. Pode realizarse a través de bisturí ou mediante electricidade a través dun alambre (18).

1.7. ESTADIFICACIÓN DO CANCRO DE CÉRVIX

Unha vez confirmado o diagnóstico, deberán realizarse probas para determinar a extensión do cancro. Estas basearanse en métodos de exploración por imaxe para observar o alcance das lesións e propagación. Entre elas destacaranse a resonancia magnética, a tomografía por emisión de positrons (PET) e as radiografías (18).

O sistema máis empregado actualmente para clasificar os estadios do cancro de colo uterino é o elaborado pola Federación Internacional de Xenecoloxía e Obstetricia (FIGO) (12):

ESTADÍO	DESCRICIÓN
I	Limitado exclusivamente ao cérvix.
II	Invade zonas externas ao útero, sen afectación de parede pélvica ou zona exterior da vaxina.
III	Afecta á zona externa da vaxina, parede pélvica ou nódulos linfáticos.
IV	Esténdese fora da pelve, podendo invadir órganos distantes.

Táboa 1: Estadios do cancro de cérvix. Datos obtidos de: SERGAS (12)

1.8. TRATAMENTO DO CANCRO DE CÉRVIX.

O tratamento das lesións preinvasivas será diferente dependendo da súa clasificación. As de tipo CIN 1 non precisarán ningún, unicamente seguimento, mentres que as de tipo CIN2 e 3 seguirán un tratamento quirúrxico. A técnica empregada dependerá da situación individual da paciente e a extensión das súas lesións, pero as empregadas con maior frecuencia serán (3):

- Escisión da lesión mediante unha conización.
- Destrución total, empregada unicamente cando se coñece con seguridade que non existe invasión de outras estruturas.
- Crioterapia.
- Láser de CO₂, empregado en lesións moi estendidas.

Para o tratamento de lesións xa establecidas e invasivas recurrirase a métodos máis agresivos, dentro dos mais empregados podemos atopar (19, 20):

- Inmunoterapia: potencia a actividade do sistema inmunitario do individuo para que este poida localizar e destruír as células canceríxenas.
- Radioterapia: empregan radiación para destruír as células malignas ou cesar o seu crecemento. Moi recurrido para incrementar o benestar dos pacientes con casos avanzados pola súa capacidade de reducir a sintomatoloxía.
- Quimioterapia: recórrese aos fármacos para destruír as células ou tratar de frear o seu crecemento descontrolado.
- Terapia dirixida, que a través de substancias coma medicamentos paralizan a actividade das moléculas que interveñen na proliferación das células.
- Cervicectomía: extípanse colo uterino, ganglios e parte da vaxina. O útero mantense intacto, permitindo que a muller que se someta ao procedemento poda quedar embarazada no futuro.

- Histerectomía total: ciruxía pola que se extirpan o útero e cérvix. En caso de estar afectados poderían chegar a retirarse tamén estruturas anexas como ovarios, trompas de Falopio ou ganglios (histerectomía radical).

1.9. PROGNÓSTICO DO CANCRO DE CÉRVIX.

Para medir o prognóstico dos pacientes que padecen cancro, o valor máis empregado é a supervivencia, relacionándose con unha medida temporal de cinco anos tras o diagnóstico da enfermidade (3).

Segundo datos da Asociación Española Contra o Cancro (AECC), o prognóstico xeral para as pacientes que sofren cancro de colo uterino en España é dunha taxa de supervivencia dun 66%. Porén, esta ascende ata o 92% cando se trata de pacientes con cancro en estadios temperáns e se reduce a un 58% nos casos en que este afecte a estruturas próximas. De existir metástases a zonas máis distantes, obsérvase un descenso significativo dos valores, chegando a un 18% de taxa estimada de supervivencia nos 5 anos tras o diagnóstico para estes pacientes (21).

Ademais do estadio do tumor e a súa extensión, segundo a Sociedade Española de Oncoloxía Médica (SEOM) existen factores que, sumados a este, poden afectar á supervivencia estimada de estes pacientes. Entre eles inclúense a afectación doutras estruturas, tipo e tamaño do tumor (sendo o adenocarcinoma de peor prognóstico que o escamoso), así coma a profundidade da afectación (3). Tamén se consideran determinantes o estado xeral de saúde, presenza de patoloxías asociadas ou a de antecedentes médicos persoais por poder afectar tanto á evolución da enfermidade coma a resposta ao tratamento (22).

2. OBXECTIVOS

2.1. OBXECTIVO PRINCIPAL

Analizar os programas de prevención de cancro de cérvix en España.

2.2. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Describir en que consisten os programas de prevención de cancro de cérvix.

- Analizar a evolución da participación nos métodos de prevención de cancro de cérvix.
- Observar como se aplican estes programas nas diferentes Comunidades Autónomas.

3. XUSTIFICACIÓN

O cancro de cérvix constitúe na actualidade a cuarta causa de morte neoplásica en mulleres a nivel mundial. A ausencia de sintomatoloxía nas súas fases iniciais fai difícil o seu diagnóstico, permitindo que moitos de eles evolucionen e sexan detectados de forma tardía coa maior complexidade de tratamento e peor pronóstico que isto implica.

Esta situación, xunto co elevado consumo de recursos e persoal sanitario implicados no tratamento do cancro avanzado, fan evidente a necesidade do sistema sanitario de establecer un plan de prevención eficaz.

Realizar análises sobre a calidade e funcionamento destes programas é fundamental para entender como se están aplicando e ata que punto son efectivos na captación pola poboación, a través de datos de participación e cobertura.

É por estas razóns que con este traballo se busca realizar unha análise dos programas de detección do cancro de cérvix en España, contribuíndo a incrementar o coñecemento actualizado sobre o seu desenvolvemento e alcance, ofrecendo unha visión analítica e descritiva.

4. METODOLOXÍA

4.1. DESEÑO DO ESTUDO

A metodoloxía usada para este traballo baseouse nunha revisión bibliográfica centrada na evidencia científica dispoñible, a través da análise de artigos e documentos relacionados coas ferramentas actuais de prevención do cancro de cérvix en España e a súa aplicación nas distintas CCAA.

Os datos foron recollidos entre decembro de 2024 ata maio de 2025. Para mostrar a búsqueda empregouse o algoritmo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Para as citas e referencias bibliográficas, este traballo seguiu as normas establecidas polo estilo Vancouver.

Para formular a pregunta de investigación empregouse o método PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome).

Poboación	Intervención	Comparación	Resultados
Mulleres susceptibles de desenvolver cancro de cérvix en España	Programas de prevención de cancro de cérvix en España	Variación entre as diferentes Comunidades Autónomas	Cobertura, participación e resultados do cancro de cérvix

Táboa 2: Pregunta PICO.

Seguindo o modelo PICO, cos datos obtidos a pregunta de investigación elaborada sería a seguinte: En referencia aos programas de detección de cancro en España, cal sería o seu funcionamento, cobertura e participación, e como varían estes aspectos entre as diferentes Comunidades Autónomas?

Para realizar a busca nas bases de datos establecéronse unha serie de termos chave relacionados coa materia a estudar. Incluíronse: "cancro", "cérvix", "vacina", "prevención", "VPH". Como conectores entre estas palabras, empregáronse os operadores booleanos "AND" e "OR", resultando as seguintes ecuacións de búsqueda:

- “cervix” AND “cancer” AND “prevention”
- ((“cáncer” AND “cérvix”) OR “VPH”) AND (“vacuna” OR “prevención”)

A continuación, seleccionáronse as bases de datos académicas e científicas. As consultadas foron Scopus e WOS.

Para a selección dos artigos tivéronse en conta os seguintes criterios:

Inclusión

- Artigos publicados entre 2019 e 2025.
- Artigos en inglés ou español.
- Artigos que consten de texto completo e acceso libre gratuío.

Exclusión

- Artigos que describan patoloxías diferentes ao obxectivo do estudo.
- Artigos con contido repetitivo ou redundante.
- Artigos cuxa información non resulte pertinente para o tema que se vai estudar no traballo.

4.2. RESULTADOS DA BUSCA

Para a elaboración deste traballo realizouse unha búsqueda bibliográfica. Como xestor de referencias empregouse Mendeley. Estas foron recollidas no período comprendido entre decembro de 2024 e maio de 2025, dende as bases de datos WOS e Scopus así coma de organismos oficiais: Organización Mundial da Saúde, Sociedade Española de Oncoloxía Médica, Asociación Española Contra o Cancro, Instituto Nacional do Cancro, Ministerio de Sanidade, Instituto Nacional de Estatística, Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, Asociación Española de Patoloxía Cervical e Colposcopia, Ministerio de Sanidade Consumo e Benestar Social, Comité Asesor de Vacinas e Sistema de Información de Vacinacións do Ministerio de Sanidade; e portais das distintas Comunidades Autónomas: SERGAS, Departamento de Saúde de Euskadi, Gobierno de Navarra, Comunidade de Madrid, Xunta de Galicia, Servicio Estremeño de Saúde, Gobierno de Castela-A Mancha, Xunta de Castela e León, Gobierno do Principado de Asturias, Xunta de Andalucía.

O proceso total de búsqueda bibliográfica e cribado dos documentos reflíctese no seguinte diagrama elaborado a partir do algoritmo PRISMA 2020:

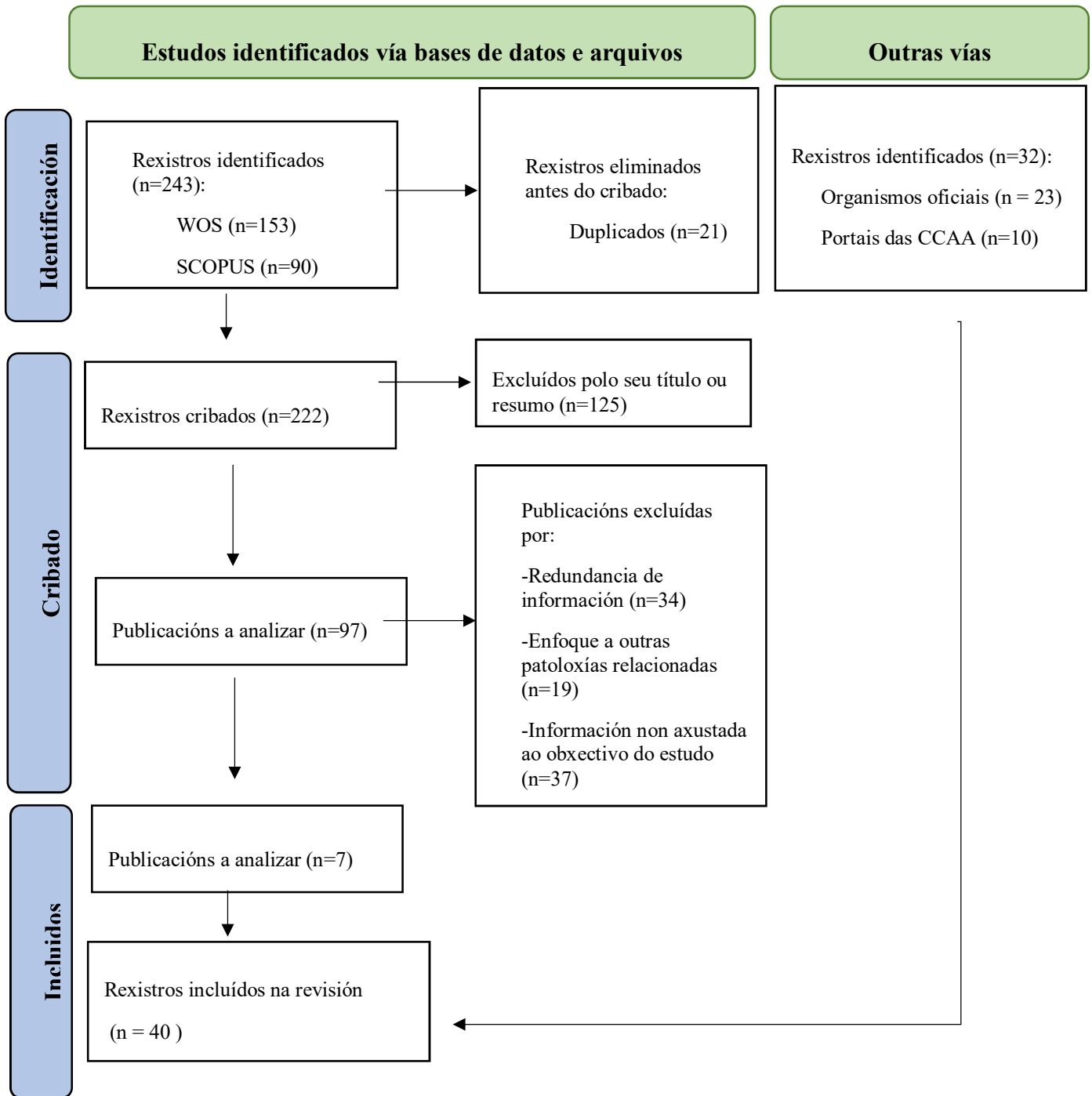


Figura 2: Algoritmo PRISMA 2020 que recolle o proceso de recolección dos estudos que se van incluír no proxecto.

5. ANÁLISE E RESULTADOS.

5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA DO CANCRO DE CÉRVIX

Os programas de vacinación contra o VPH experimentaron grandes cambios nos últimos anos co obxectivo de mellorar a prevención do cancro de cérvix e outras enfermidades asociadas ao virus.

Tras a súa introdución no calendario nacional no ano 2007, a vacina comezou a administrarse de forma exclusiva a mulleres adolescentes, con unha pauta de dúas doses. Posteriormente, en 2022, realízase unha revisión do programa tras a que se inclúe aos varóns para finalmente, en 2024, reducirse o número de doses a soamente unha tras obterse produción científica que demostra a súa inmunoxenicidade e efectividade (16).

En España dáse un incremento constante na cobertura de vacinación ano tras ano desde que esta foi implementada no sistema de saúde nacional. Ademais, este aumento correlacionouse directamente cunha redución significativa da taxa de infección por VPH en mulleres mozas e, polo tanto, cun gran éxito desta iniciativa (23).

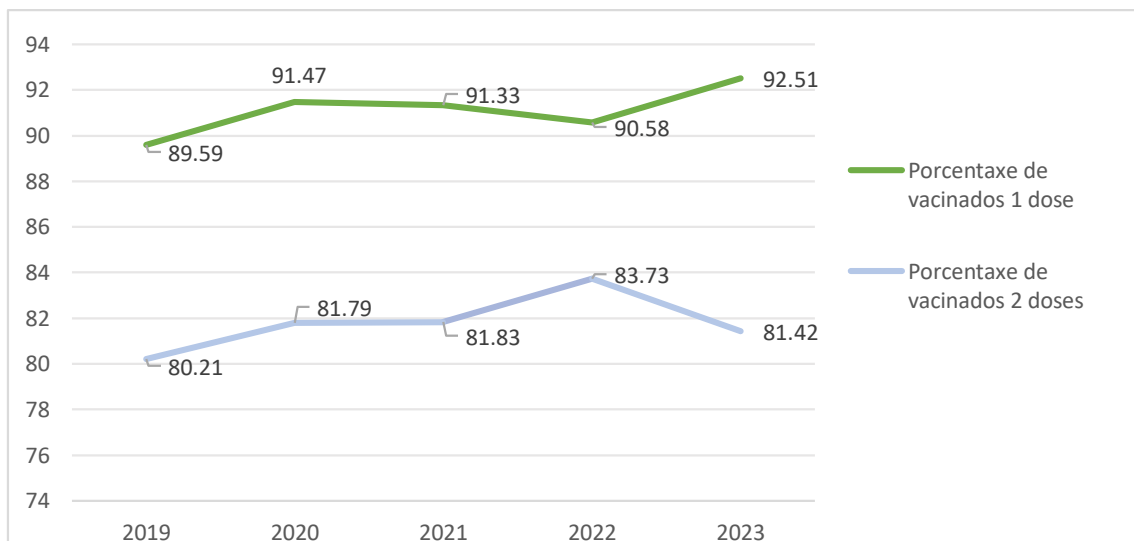


Gráfico 1: porcentaxe de vacinados contra o VPH en España nos últimos anos. Datos obtidos de INE (24)

Según os datos do INE, a taxa de cobertura vacinal en España mantense elevada durante os últimos anos, rondando o 80% desde o ano 2019 (24). Esta porcentaxe mostra unha

tendencia estable pero amosando unha clara diferenza entre a primeira e segunda dose, o que nos leva a deducir que parte da poboación non completa a pauta de dúas doses.

En España actualmente existe un calendario de vacinación contra o VPH común a tódalas CCAA, elaborado polo Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (CISNS). Neste establécense as directrices xerais para todo o país, garantindo unha certa homoxeneidade. Ademais, cada territorio ten a capacidade de realizar adaptacións propias para ampliar a cobertura incluíndo outras idades ou grupos poboacionais segundo os seus recursos e necesidades (16).

Todos estes datos indican que a implementación desas medidas non se deu de forma inmediata nin uniforme, senón que esta estratexia se estableceu progresivamente nas comunidades. Estas diferenzas dan lugar a variacións relevantes nas porcentaxes de cobertura vacinal entre rexións.

CCAA	PRIMEIRA DOSE			SEGUNDA DOSE		
	Vacinados	Poboación diana	Cobertura	Vacinados	Poboación diana	Cobertura
Andalucía	40.957	43.770	93,57%	32.112	43.770	73,37%
Aragón	5.775	7.242	79,74%	4.480	7.242	61,86%
Asturias	3.946	4.052	97,38%	3.704	4.052	91,41%
Canarias	8.126	9.620	84,47%	6.630	9.620	68,92 %
Cantabria	2.870	2.894	99,17%	1.979	2.894	68,38%
Castela e León	9.228	10.314	89,47%	8.565	10.314	83,04%
Castela a Mancha	9.591	10.768	89,07%	8.058	10.768	74,83%
Cataluña	38.581	41.272	93,48%	36.765	41.272	89,08%

Estremadura	4.710	5.161	91,24%	4.179	5.161	80,96%
Galicia	10.545	10.547	99,98%	9.087	10.547	86,16%
Madrid	33.123	35.730	92,70%	30.448	35.730	85,22%
Murcia	8.416	9.089	92,60%	8.051	9.089	88,58%
Navarra	3.489	3.652	95,54%	3.303	3.652	90,44%
País Vasco	10.487	11.180	93,80%	10.166	11.180	90,93%
A Rioxa	1.520	1.764	86,17%	1.492	1.764	84,58%

Táboa 3: Datos de cobertura de vacinación contra o VPH de primeira e segunda dose en algunhas Comunidades Autónomas, ano 2023. Datos obtidos de SIVAMIN (25)

Os datos recollidos polo Sistema de Información de Vacinacións do Ministerio de Sanidade (SIVAMIN) sobre a cobertura vacinal fronte ao VPH no 2023 reflexan unha tendencia común a todas as Comunidades Autónomas: unha elevada adherencia ante a primeira dose da vacina e, en cambio, un descenso importante no porcentaxe de cobertura da segunda dose (25).

5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA DO CANCRO DE CÉRVIX:

O cribado de cancro de cérvix comezou a desenvolverse durante os anos 1980 e 1990 de forma desigual por toda España, iniciando exclusivamente como cribado oportunista durante consultas xinecolóxicas. Aínda así, xa existía daquela intención de trasladarse a modelos poboacionais organizados nun futuro, por ser máis equitativos. Esta situación mantívose durante décadas, con importantes diferenzas de cobertura entre Comunidades Autónomas e inexistencia de mecanismos estandarizados de seguimento (26).

Foi no ano 2019 cando o cribado de cancro de cérvix se incluíu definitivamente na carteira de servizos do Sistema Nacional de Saúde, establecendo os criterios de implementación e seguimento do programa. A partir dese momento, as comunidades comezarán a

actualizar as súas estratexias, marcando o inicio da transición cara un modelo organizado baseado na invitación ás mulleres dunha poboación diana establecida (26).

En referencia aos métodos de prevención secundaria, a porcentaxe de individuos que se someten ás probas varía segundo o grupo de idade do seguinte xeito:

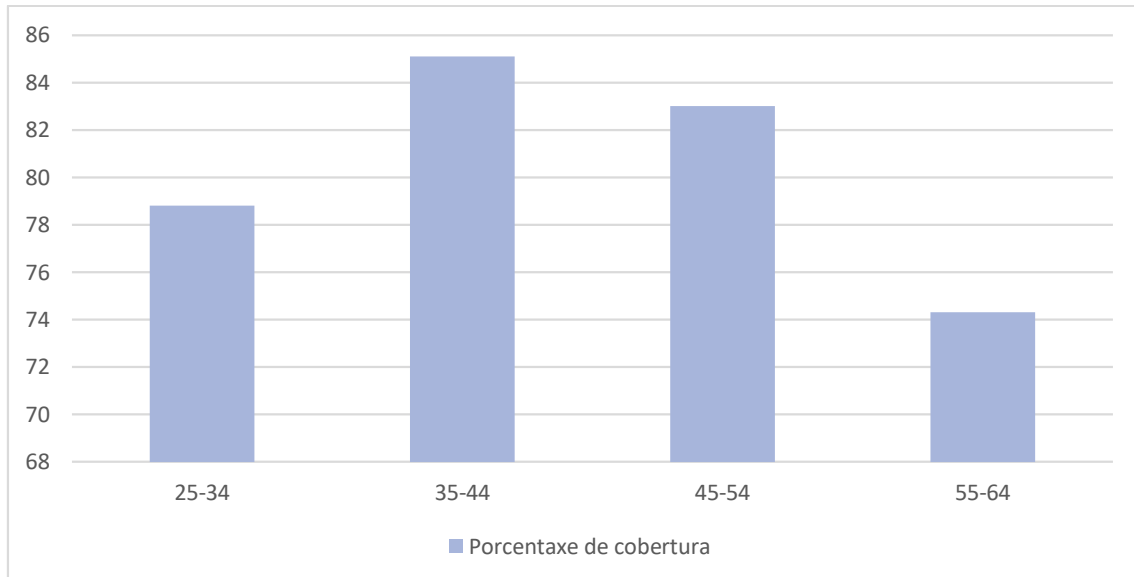


Gráfico 2: porcentaxe de mulleres que se someten ás probas de detección de cancro de cervix por idades ano 2017. Datos obtidos de Ministerio de Sanidade Consumo e Benestar Social (27)

Segundo datos da Enquisa Nacional de Saúde de España (ENSE) elaborada no ano 2017 (27), a cobertura para os programas de prevención secundaria de cancro de cervix en España mantívose elevada, aínda que presenta diferencias segundo o grupo de idade. Os valores máis altos observáronse para o grupo de mulleres entre 35 a 44 anos, con unha taxa do 85%. A este grupo sígueo as mulleres de 45 a 54 anos, con un 83% e as de 25 a 34 anos, con 78,8%. Non obstante, obsérvase un descenso representativo no último grupo pertencente ás idades de 55 a 64 anos, con valores de un 74,3%.

Segundo este mesmo estudo, ata un 25% das mulleres españolas entre 25 a 64 anos non se realizara nunca unha citoloxía (27), o que indica que existe un gran porcentaxe de poboación en posible risco que queda sen cribar, fóra dos programas de detección e polo tanto coa súa saúde en posible perigo.

CCAA	COBERTURA CITOLOXÍA 2017 (27)	ANO INICIO (28)	ACTUALIDADE (11, 29-36)
Andalucía	71,62%	2024	<u>2024</u> : 58.875 invitadas ao programa (29).
Aragón	85,93%	2024	Non se atoparon datos.
Asturias	80,67%	2022	<u>2022-2024</u> : 21.130 invitadas ao programa 8.473 probas realizadas (30).
Baleares	87,06%	2024	Non se atoparon datos.
Canarias	87,37%	2024	Non se atoparon datos.
Cantabria	64,79%	2024	Non se atoparon datos.
Castela e León	76,98%	2020	<u>2023</u> : realizadas 65.978 probas (31).
Castela a Mancha	81,84%	2018	<u>2018-2024</u> : 499.314 invitadas ao programa (93,12% de cobertura). Participación do 56,5% (32).
Cataluña	83,06%	2024	Non se atoparon datos.
Valencia	78,31%	2024	Non se atoparon datos.
Extremadura	60,35%	2023	<u>2023</u> : 22.884 invitadas ao programa (33).
Galicia	83,03%	2020	<u>2020-2024</u> :

			260.347 invitadas ao programa. Participación do 56% (11).
Madrid	88,87%	2023	<u>2023</u> : 54.672 invitadas ao programa. Participación do 30% (34).
Murcia	81,41%	2024	Non se atoparon datos.
Navarra	85,08%	2022	<u>2022-2024</u> : 47.035 invitadas ao programa. Participación do 70% (35).
País Vasco	88,74%	2018	<u>2023</u> : 71.818 mulleres participaron no programa (36).
A Rioxa	85,53%	2022	Non se atoparon datos.

Táboa 4: Porcentaxe de cobertura dos cribados de cancro de cérvix por Comunidades Autónomas en 2017. Datos obtidos de múltiples fontes (11, 29-36)

Como se mostra na *Táboa 4*, os datos presentan grande variabilidade territorial: pese a que algunhas rexións superan o 85% de cobertura, ata dúas delas rondan o 60%. Esta situación evidencia desigualdades.

Co inicio progresivo de esa transición a modelos máis organizados, os datos recentes mostran unha evolución dispar entre os territorios. Comunidades coma Galicia (11) ou Navarra (35) xa presentan coberturas superiores ao 50%, mentres que outras aínda se encontran no primeiro ano da súa implementación e todavía non constan datos da súa efectividade. Ademais, algunhas das comunidades presentan unha implantación lenta, como é o caso de Madrid (34), onde a cobertura e datos de participación aínda non reflexan valores elevados pese a que o seu inicio data de hai xa dous anos.

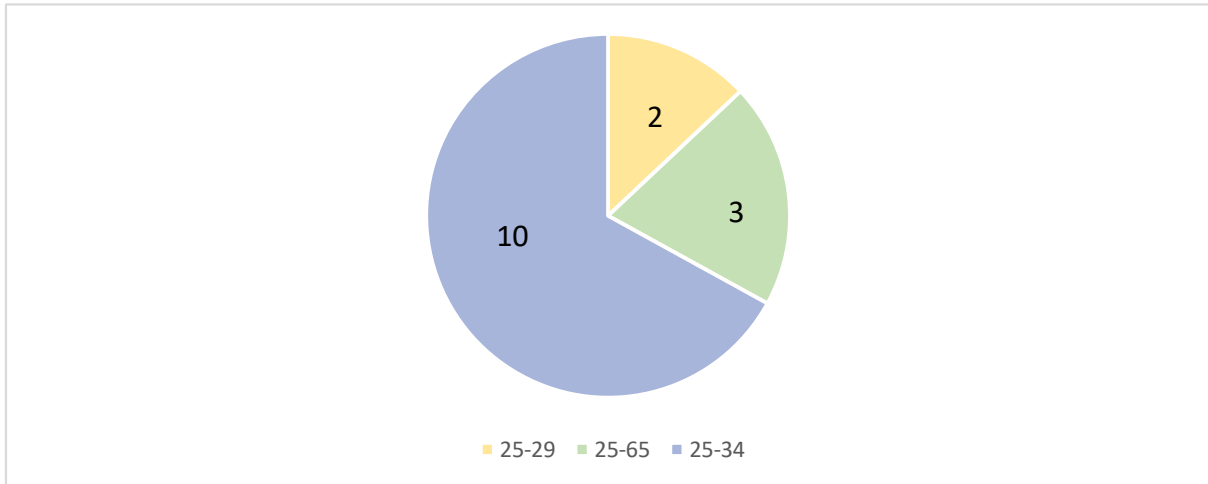


Gráfico 3: idade de uso da citoloxía por comunidades. Datos obtidos de Ministerio de Sanidade (37)

Actualmente os cribados de cancro de cérvix son xestionados polas propias CCAA, que establecen de forma independente a idade de inicio do cribado en cada territorio. Como se reflexa no *Gráfico 3* os datos de 2024 revelan que, pese a existir numerosos estudos que demostran a eficacia dos estudos de VPH sobre a citoloxía para idades comprendidas entre 35 e 65 anos, ata tres das comunidades continúan empregando exclusivamente a citoloxía como proba de cribado (37).

Á súa vez, existen diferenzas entre os tipos de modelo de captación empregados. En 2019, iníciase o traspaso dende un plan oportunista no que se intercepta aos individuos cando acoden a consulta por un motivo diferente, cara a un cribado poboacional, no que se crea unha estratexia oficial e se establece unha poboación diana para captar de forma estruturada. Isto supón o cambio dunha estratexia pouco organizada cara unha moito máis estruturada (26) na que se capta a poboación mais facilmente, o que se traduce nun menor número de individuos sen captar. Actualmente as comunidades continúan modificando os seus programas para adaptarse a este novo modelo, sendo que moitas delas se atopan todavía en transición cara o novo programa, que foi introducido recentemente no ano anterior (28).

Actualmente existen outras medidas que se encontran en debate pero xa demostraron a súa eficacia no país e poderían contribuír a que estes datos sigan mellorando de implementarse en todas as Comunidades. Este é o caso da autotoma, incluída xa na carteira de servizos de territorios como Galicia, Asturias ou Murcia, zonas nas que xa existen estudos que respaldan a súa eficacia (38) demostrando que ata o 80% das mulleres prefiren ese método ao convencional. O seu potencial de conferir privacidade e seguridade ás mulleres é eficaz especialmente en poboacións vulnerables e de estado socioeconómico baixo, un dos posibles condicionantes para desenvolver a enfermidade e rango poboacional no que se detectan gran parte das variedades de alto risco de VPH. Pese a estes datos, actualmente existen comunidades que continúan rexeitando a súa implantación e non contemplan introducila nos seus programas nun futuro próximo (37).

6. DISCUSIÓN

En referencia á prevención primaria, a vacinación contra o VPH constitúe unha ferramenta clave na prevención do cancro cervicouterino. Os primeiros programas implementados con base en dúas doses mostraron unha elevada adherencia para a primeira delas pero unha diminución notable para a segunda; en contraste, as estratexias actuais que empregan unha dose única demostran a mellora nos datos de cobertura (25); estas discrepancias poden deberse a barreiras que afectaban á adherencia do programa anterior.

En particular, a baixa adherencia ao modelo de dúas doses adecúa atribuírse á falta de coñecemento e comprensión das mulleres sobre a enfermidade. Existen estudos realizados en España que demostran a percepción limitada sobre o VPH, prevención e beneficios das vacinas, o que inflúe negativamente no compromiso das familias para completar a pauta por xerar desconfianza cara unha segunda dose (17). Estes mesmos artigos revelan que existe incertidumbre xeral ante a falta de información clara e accesible, situación que se ve agravada ante o a extensión de datos erróneos e falsos que incrementan o medo e inseguridade por posibles efectos adversos, o que contribúe a estas diferenzas estatísticas reflexadas na *Táboa 3*.

Deste mesmo xeito, móstrase que a ausencia dun seguimento continuado no que se teñan en conta factores socioeconómicos, de xénero, relixión e cultura implica unha barreira para a captación, limitando a comunicación eficaz. Esta falta de atención aos aspectos socioculturais impide que a aplicación sexa óptima e non se adaptarían os programas ás necesidades reais das persoas, resultando en individuos que non acoden ás citas ou mostran rexeitamento cara a vacinación (39).

Desta forma, cos novos proxectos de unha sola dose simplifícase o proceso, permitindo unha mellor planificación que teña en conta as necesidades dos individuos, acabando cas oportunidades de abandono do programa e dificultades no seguimento dadas polas múltiples citas. Isto xustifica a mellora nos valores observados na *Táboa 3* e pon de manifesto a eficacia destes programas.

Aínda que carecemos de información actualizada referente a gran parte das Comunidades Autónomas para o ano 2024, poderíamos deducir grazas estes datos que a modificación da pauta vacinal a só unha dose debería ter un efecto positivo na poboación e incrementar a adherencia. Pese a que a información é escasa debido á recente implantación das medidas, os primeiros estudos suxiren que esta simplificación ten un efecto positivo, xa que territorios coma Andalucía constan de datos actualizados onde xa se reflexa un gran beneficio en favor da modificación dos programas no ano 2024, obtendo un 93% (40) de adherencia neste ano comparado co 83% de media total co modelo anterior en 2023 reflexado na *Táboa 3*.

En xeral, a transición cara un modelo baseado nunha sola dose fundamentouse na necesidade de incrementar a aceptación da poboación e adaptar o programa ás necesidades reais dos usuarios, ao mesmo tempo que se actualizan as pautas segundo a evidencia científica máis recente. Como resultado da implantación desta medida en España, obtívose un incremento da cobertura vacinal, unha maior adherencia ao programa e a redución das desigualdades entre territorios. Esta estratexia, polo tanto, representa novos avances significativos na loita contra o cancro de cérvix en España que se evidenciarán aínda máis en estudos futuros.

En referencia aos métodos de prevención secundaria, a análise dos datos dispoñibles revela que os valores de cobertura do cribado mantéñense elevados. Estes números trasládanse nunha aceptación xeral do programa, especialmente en mulleres de mediana idade, onde se observan as taxas de participación máis elevadas (27). Pese a isto, o descenso dos valores progresivamente dende os 45 a 65 anos evidencia a necesidade de reforzar a captación para a poboación feminina de maior idade mediante estratexias máis proactivas que melloren o acceso.

Por outra banda, os datos tamén amosan que un número significativo de mulleres nunca foron cribadas ao longo da súa vida (27), especialmente nas franxas de idade máis avanzada. Este fenómeno indica non só unha limitación no modelo oportunista anterior, que dependía en gran parte da iniciativa da propia muller para acudir ás citas, senón tamén unha urxente necesidade de intervencións dirixidas a mulleres que quedaron fóra dos circuítos asistenciais para proceder coa súa captación.

Se realizamos unha comparación entre os datos por comunidades na *Táboa 4*, podemos observar claras desigualdades, tanto nos valores obtidos previamente á instauración dos programas de cribado coma nos máis actualizados. Esta variabilidade débese a varios factores, dándose principalmente coma consecuencia directa do previo modelo de captación oportunista (37). Así, cada comunidade ofertaba as probas e organizaba os cribados de forma independente polo que algunhas desenvolveron protocolos máis estables mentres que á súa vez outras se mantiñan en modelos pouco organizados, o que se reflexa nos datos recollidos.

Coa implantación dun programa de cribado baseado nun modelo poboacional preténdese corrixir esas desigualdades, citando de forma activa á poboación diana e creando programas máis estandarizados para todos os territorios (26). Sen embargo, a implementación destas medidas aínda non é uniforme xa que, mentres que unhas comunidades xa integraron as novas pautas no seu programa, gran parte delas atópanse nas fases iniciais desa transición (28), o que xustifica que as desigualdades en acceso e cobertura entre territorios continúen brevemente.

Todo este proceso de modificación que está a acontecer lévanos a pensar que os datos recollidos na *Táboa 4* poderán experimentar grandes cambios nos próximos anos, cando todas as Comunidades Autónomas completen a transición cara este novo modelo de cribado. Para avaliar completamente a súa eficacia, será preciso realizar novos estudos unha vez rematada a implantación en todos os territorios.

Coa actualización dos programas de todas as comunidades cara a homoxeneidade dun modelo poboacional, poderían lograrse valores óptimos que rondasen o 100% de cobertura para toda España, o que suporía un gran avance na captación das pacientes de cancro de cérvix para o país.

En definitiva, todas as Comunidades Autónomas se atopan nun momento de transición cara modelos máis homoxéneos baseados en evidencia científica e estudos poboacionais. Coa incorporación destes cambios, finalización da transición a modelos máis homoxéneos e a creación de novos estudos actualizados deberíanse observar unha mellora nos datos a nivel nacional e tamén por comunidades, achegándonos a valores óptimos, mellorando o prognóstico para estes pacientes e cumprindo os obxectivos plantexados pola OMS para o ano 2030 (16).

7. CONCLUSIÓNS

- Os programas de prevención primaria contra o cancro de cérvix baséanse na vacinación contra o VPH, dirixida a nenos e nenas aos 12 anos cunha pauta de unha dose. Os programas de prevención secundaria centraranse na detección precoz a través de programas de cribado poboacional a mulleres entre 25 e 65 anos.
- A evolución nos datos de participación en ambos métodos de prevención do cancro de cérvix mostra unha mellora atribuída ás recentes modificacións dos programas.
- Actualmente a implantación dos programas de cribado de cancro de cérvix continúa sendo desigual entre as Comunidades Autónomas.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Sociedad Española de Oncología Médica. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 16]. Available from:
<https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- 2- Asociación Española Contra el Cáncer. Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales. [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 16]. Available from:
https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20de%20cancer%202022_rev.pdf
- 3- Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de cérvix [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 23]. Available from:[https://seom.org/174-
Informaci%C3%B3nalP%C3%BAblico-Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix](https://seom.org/174-Informaci%C3%B3nalP%C3%BAblico-Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix)
- 4- Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 23]. Available from:
https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DMC2025.pdf
- 5- Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del cáncer [Internet]. 2025 [cited 2025 May 13]. Available from:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- 6- Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 02]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

- 7- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Primer semestre 2024. Datos provisionales. [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 08]. Available from: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EDCM2023.htm>
- 8- Ministerio de Sanidad. Documento de consenso sobre la modificación del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix. [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17]. Available from:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/docs/DocumentoconsensomodificacionCervix.pdf>
- 9- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad [Internet]. [cited 2025 Feb 22]. Available from:
https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#_tabs-grafico
- 10- Asociación Española Contra el Cáncer. Impacto del cáncer en Galicia 2023 [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 2]. Available from:
<https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/galicia/galicia2023.pdf>
- 11- Xunta de Galicia. La Xunta diagnostica 41 cánceres de cuello uterino gracias al programa de detección precoz, más del 76 % en fase inicial. 2025 [cited 2025 Feb 22]; Available from: https://www.xunta.gal/notas-de-prensa/-/nova/009103/xunta-diagnostica-41-canceres-cuello-uterino-gracias-programa-deteccion-precoz?langId=es_ES
- 12- SERGAS. Programa galego de detección precoz do cancro de cérvix [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 06]. Available from: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7445/Protocolo%20ce%CC%81rvixsen%20anexos%205224.pdf>

- 13- Aguado JJH, De La Fuente Valero J, Mena R. Prevención primaria del virus del papiloma humano Primary prevention of human papillomavirus Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- 14- Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria. 2024;56(3).
- 15- Instituto Nacional del Cáncer. Causas, riesgos y prevención del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 23]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/causas-factores-riesgos-prevencion>
- 16- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a VPH: Revisión de la pauta de una dosis. [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 23]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/VPH_recomendaciones_vacunacion_estrategia1dosis.pdf
- 17- Borrull-Guardeño J, Sebastiá-Laguarda C, Donat-Colomer F, Sánchez-Martínez V. Women's knowledge and attitudes towards cervical cancer prevention: A qualitative study in the Spanish context. J Clin Nurs [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 11];30(9–10):1383–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33528874/>
- 18- American Cancer Society. Cuando los resultados de las pruebas cervicales de detección son anormales [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 11]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/evaluacion-de-resultados-anormales-de-papanicolaou.html>

- 19- Instituto Nacional del cáncer. Inmunoterapia para tratar el cáncer [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 19]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/inmunoterapia>
- 20- Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 19]. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/tratamiento#_46
- 21- Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de cuello uterino: Pronóstico o [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix/pronostico>
- 22- Instituto Nacional del Cáncer. Pronóstico y tasas de supervivencia del cáncer de cuello uterino [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/supervivencia>
- 23- Martín-Merino E, Llorente-García A, Castillo Cano B, Montero Corominas D, Huerta-Álvarez C. The Longitudinal Incidence of Human Papillomavirus Vaccination in Spanish Primary Care in the First 10 Years After Approval. Pharmaceut Med [Internet]. 2019 [cited 2025 May 13];33(6):519–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31933243/>
- 24- Instituto Nacional de Estadística. Proporción de la población vacunada contra Virus del papiloma humano por comunidades autonomas [Internet]. [cited 2025 May 15]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=53666>
- 25- Sistema de Información de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad. Informe de evolución de coberturas de vacunación por vacuna [Internet]. [cited 2025 May 21]. Available from:

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/informe-de-evolucion-de-coberturas-de-vacunacion-por-vacuna>

- 26- Jesús Martínez Moya. Panorama del cribado del cáncer de cérvix: la era del cribado poblacional en España [Internet]. 2025 [cited 2025 May 28]. Available from: [https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2025/CRIBADO%20POBLACIONAL%20CA%CC%81NCER%20DE%20CE%CC%81RVIX%20ESPAN%CC%83A.%20Clase%202025.%20\(1\)%20\(4\).pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2025/CRIBADO%20POBLACIONAL%20CA%CC%81NCER%20DE%20CE%CC%81RVIX%20ESPAN%CC%83A.%20Clase%202025.%20(1)%20(4).pdf)
- 27- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España [Internet]. 2017 [cited 2025 May 21]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/DETECCION_PRECOZ_CANCER.pdf
- 28- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Guía del cribado de cáncer de cuello de útero en España 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 May 29]. Available from: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2025/04/AEPCC-guia-14_CRIBADO-2025-web.pdf
- 29- Junta de Andalucía. Más de 58.000 mujeres fueron invitadas a participar en el cribado de cáncer de cuello de útero en 2024 - Portavoz del Gobierno Andaluz [Internet]. 2025 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/202971/VirusdelPapilomaHumano/VPH/cancerdecuellodeutero/cervix/programadecribado/mujeres/deteccionprecoz/vacunacion/adolescentes/inmunizacion/prevencion/ConsejeriadeSaludyConsumo>
- 30- Gobierno del Principado de Asturias. Salud extiende el cribado poblacional de cáncer de cuello de útero al área sanitaria del noroccidente [Internet]. 2024

- [cited 2025 May 28]. Available from:
https://actualidad.asturias.es/documents/533407/0/2024_04_05+NP+Cribado+Cervix+Area+I.pdf/771344d2-8d89-c379-a578-738e3211f682?t=1712310972835
- 31- Junta de Castilla y León. Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero en Castilla y León [Internet]. 2024 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/en/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca?>
- 32- Gobierno de Castilla-La Mancha. Castilla-La Mancha, referente nacional en la prevención del cáncer de cérvix [Internet]. 2025 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/castilla-la-mancha-referente-nacional-en-la-prevenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer-de-c%C3%A9rvix>
- 33- Servicio Extremeño de Salud. Programa de Cribado Poblacional del Cáncer de Cérvix en Extremadura [Internet]. 2023 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://saludextremadura.ses.es/areasaluddonbenito/wp-content/uploads/2023/04/Programa-de-cribado-de-cancer-de-cervix-en-Extremadura.pdf>
- 34- Comunidad de Madrid. CERVICAM [Internet]. [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cervicam>
- 35- Gobierno de Navarra. En 2025 Salud invitará a aproximadamente 38.000 mujeres al Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero, que incluye por primera vez a 3.700 mujeres de 30 años [Internet]. 2025 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.navarra.es/es/-/nota-prensa/en-2025->

salud-invitará-a-aproximadamente-38-000-mujeres-al-programa-de-deteccion-precoz-de-cancer-de-cuello-de-utero-que-incluye-por-primera-vez-a-3-700-mujeres-de-30-anos

- 36- Departamento de Salud de Euskadi. 72.000 mujeres han participado en el programa de detección precoz de cáncer de cérvix de Osakidetza en 2023 [Internet]. 2024 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2024/72-000-mujeres-han-participado-programa-deteccion-precoz-cancer-cervix-osakidetza-2023/>
- 37- Ministerio de Sanidad. Estado de situación del cribado de cáncer de cérvix en España. Año 2023-2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 May 17]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/docs/estadoSituacion_CribadoCervixEspana.pdf
- 38- Maldonado-Cárceles AB, Belmonte Gómez MA, Cascales Pérez ML, Sánchez Morales M Ángeles, Granados Ortega J, Gilberte Martínez MH, et al. Aceptabilidad de la autotoma como método de cribado de cáncer de cérvix en mujeres de la Región de Murcia. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2022 [cited 2025 May 21];96. Available from: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/307>
- 39- Murciano-Gamborino C, Diez-Domingo J, Fons-Martinez J. Healthcare Professionals' Perspectives on HPV Recommendations: Themes of Interest to Different Population Groups and Strategies for Approaching Them. Vaccines (Basel) [Internet]. 2024 [cited 2025 May 22];12(7):748. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-393X/12/7/748>
- 40- Comité Asesor de Vacunas. Andalucía: primera comunidad en adoptar la vacunación del virus del papiloma con una sola dosis [Internet]. 2024 [cited

2025 May 25]. Available from:

<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/andalucia-primera-comunidad-en-adoptar-la-vacunacion-del-virus-del-papiloma-con-una-sola-dosis>