

Implementación de la auto-toma para VPH en programas de tamizaje

Implementation of HPV self-sampling in screening programs

Jessica Lisbeth Abarca Wuilcapi*
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
jessical.abarca@unach.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-7092-1649>

Yisela Carolina Ramos Campi
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
yramos@unach.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-2403-4139>

***Correspondencia:**
jessical.abarca@unach.edu.ec

Cómo citar este artículo:
Abarca, J., & Ramos, Y. (2026).
Implementación de la auto-toma para VPH
en programas de tamizaje. *Esprint*
Investigación, 5(Esp.2), 254-278.
<https://doi.org/10.61347/ei.v5iEsp.2.399>

Recibido: 15 de septiembre de 2026

Aceptado: 16 de octubre de 2026

Publicado: 23 de octubre de 2026

Resumen: El automuestreo cervicovaginal para la detección del virus del papiloma humano (VPH) constituye una alternativa para fortalecer los programas de tamizaje del cáncer cervicouterino, especialmente en poblaciones con barreras de acceso sanitario. El objetivo fue evaluar la evidencia científica sobre su implementación en programas de tamizaje, considerando las características metodológicas y poblacionales de los estudios, el desempeño diagnóstico, la aceptación y la factibilidad. Se realizó una revisión sistemática conforme a las recomendaciones PRISMA 2020, mediante búsquedas en Scopus y SciELO de publicaciones correspondientes al período 2021–2026. Se incluyeron 36 estudios que examinaron diferentes poblaciones, dispositivos, pruebas moleculares y estrategias de implementación. Los resultados identificaron una aceptación variable entre las usuarias, relacionada con la privacidad, comodidad, autonomía y confianza en el procedimiento. El desempeño diagnóstico presentó diferencias según el dispositivo utilizado, el ensayo molecular y el desenlace evaluado, mientras que la disponibilidad limitada de indicadores comparables restringió las conclusiones sobre su equivalencia con la toma convencional. Las estrategias domiciliarias, comunitarias y de atención primaria mostraron posibilidades de implementación, aunque persistieron barreras educativas, culturales y organizacionales. Se concluyó que el automuestreo cervicovaginal representa una alternativa potencial para complementar los programas de tamizaje del VPH y facilitar el acceso de poblaciones subatendidas. No obstante, su incorporación requiere dispositivos validados, educación sanitaria y seguimiento clínico, así como investigaciones que evalúen su sostenibilidad, costo-efectividad e impacto en la cobertura efectiva.

Palabras clave: Automuestreo cervicovaginal, cáncer cervicouterino, implementación sanitaria, tamizaje cervical, virus del papiloma humano.

Abstract: Cervicovaginal self-sampling for human papillomavirus (HPV) detection represents an alternative approach to strengthening cervical cancer screening programs, particularly among populations facing barriers to healthcare access. The objective was to evaluate the scientific evidence on its implementation in screening programs, considering the methodological and population characteristics of the studies, diagnostic performance, acceptability, and feasibility. A systematic review was conducted following PRISMA 2020 recommendations, with searches in Scopus and SciELO for publications from 2021 to 2026. Thirty-six studies examining different populations, sampling devices, molecular tests, and implementation strategies were included. The results revealed varying levels of acceptability among users, associated with privacy, comfort, autonomy, and confidence in the procedure. Diagnostic performance varied according to the device, molecular assay, and outcome assessed, while the limited availability of comparable indicators restricted conclusions regarding its equivalence to clinician-collected sampling. Home-based, community-based, and primary care strategies demonstrated implementation potential, although educational, cultural, and organizational barriers persisted. It was concluded that cervicovaginal self-sampling represents a potential alternative to complement HPV screening programs and facilitate access among underserved populations. However, its implementation requires validated devices, health education, and clinical follow-up, as well as further research evaluating its sustainability, cost-effectiveness, and impact on effective screening coverage.

Keywords: Cervical cancer, cervical screening, cervicovaginal self-sampling, healthcare implementation, human papillomavirus.

Copyright: Derechos de autor 2026 Jessica Lisbeth Abarca Wuilcapi, Yisela Carolina Ramos Campi.



Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons Atribución-
NoComercial 4.0.

1. Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) constituye una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes a nivel mundial y representa un problema de salud pública debido a su asociación con lesiones precancerosas y diversas neoplasias malignas. Se han identificado aproximadamente 200 tipos de VPH, de los cuales cerca de 40 pueden afectar la región anogenital. Aunque la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente, la persistencia de genotipos oncogénicos incrementa el riesgo de desarrollar alteraciones celulares y cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2024; Wolf et al., 2024).

Entre las principales manifestaciones asociadas con el VPH se encuentran las verrugas anogenitales y diferentes tipos de cáncer, particularmente el cervicouterino, además de neoplasias de vulva, vagina, pene, ano y orofaringe (de Martel et al., 2020). La transmisión ocurre principalmente mediante contacto sexual directo, aunque también se han descrito mecanismos menos frecuentes, como la transmisión vertical durante el parto. El riesgo de infección depende de factores relacionados con la exposición viral, las prácticas sexuales y las condiciones inmunológicas de las personas (Kero & Rautava, 2019; Wolf et al., 2024).

Según la Organización Mundial de la Salud (2024), durante 2019 el VPH estuvo relacionado con aproximadamente 620 000 casos de cáncer en mujeres y 70 000 en hombres, lo que evidencia la importancia de fortalecer las estrategias preventivas. La vacunación constituye una de las principales medidas de prevención, aunque no elimina infecciones previamente adquiridas ni protege frente a todos los genotipos existentes (Arbyn et al., 2018). Los tipos 16 y 18 se asocian con aproximadamente el 70 % de los casos de cáncer cervicouterino, especialmente relevantes en poblaciones con acceso limitado a servicios preventivos (Su et al., 2023).

Los genotipos del VPH se clasifican principalmente según su riesgo oncogénico. Los tipos 6 y 11 se relacionan con lesiones benignas, especialmente verrugas anogenitales, mientras que los genotipos 16 y 18 presentan una mayor asociación con lesiones precancerosas y neoplasias malignas (Chacón et al., 2006; Wolf et al., 2024). La identificación de infecciones por genotipos de alto riesgo constituye un componente importante del tamizaje cervicouterino, debido a que permite orientar el seguimiento clínico y fortalecer las intervenciones de prevención y detección temprana (Su et al., 2023).

El tamizaje del cáncer cervicouterino ha evolucionado desde procedimientos citológicos convencionales, como la prueba de Papanicolaou, hacia técnicas moleculares que permiten detectar el ADN de genotipos oncogénicos del VPH. Estas pruebas han ampliado las posibilidades de identificación de infecciones de alto riesgo y de organización de programas preventivos (Ngu et al., 2022; Ortiz et al., 2025). La obtención adecuada de las muestras resulta fundamental para garantizar resultados confiables, por lo que actualmente se emplean tanto la toma convencional realizada por profesionales sanitarios como el automuestreo cervicovaginal (Cabrera et al., 2022; Mathews et al., 2025).

El automuestreo cervicovaginal constituye una alternativa para favorecer la participación de las mujeres en los programas de tamizaje, especialmente en poblaciones que enfrentan barreras geográficas, económicas, culturales o relacionadas con la privacidad. Esta modalidad permite que las propias usuarias recolecten muestras para su posterior procesamiento mediante pruebas moleculares de detección del VPH (Gamelin et al., 2022; Nyabigambo et al., 2023). Su implementación puede contribuir a mejorar el acceso a los servicios preventivos, aunque requiere protocolos adecuados de recolección, procesamiento, comunicación de resultados y seguimiento clínico (Adekunle et al., 2023; Dzobo et al., 2023).

Diversas investigaciones han examinado el desempeño diagnóstico del automuestreo cervicovaginal frente a la toma convencional. Cabrera et al. (2022) analizaron ambas modalidades y destacaron el

potencial de la autotoma para favorecer la participación en los programas de tamizaje. Ji et al. (2024) estudiaron su aplicación en diferentes centros sanitarios de China, mientras que Mathews et al. (2025) compararon características diagnósticas de pruebas moleculares y dispositivos de automuestreo. Estos antecedentes muestran la importancia de considerar las técnicas analíticas, los dispositivos utilizados y las características poblacionales al evaluar la utilidad diagnóstica de esta estrategia.

Fonseca (2022) examinó la autotoma de células cervicales para la identificación del ADN del VPH como alternativa de tamizaje en poblaciones rurales de Colombia, destacando sus posibles ventajas frente a las dificultades de acceso sanitario. Por su parte, Aasbø et al. (2022) evaluaron el automuestreo en mujeres de Noruega con ausencia prolongada de participación en programas de detección, mientras que Veerus et al. (2022) estudiaron su factibilidad en Estonia. Estas investigaciones permiten reconocer su potencial para ampliar las oportunidades de tamizaje en poblaciones con baja participación en los procedimientos convencionales.

La aceptación del automuestreo cervicovaginal depende de factores individuales, socioculturales y relacionados con los servicios sanitarios. Gamelin et al. (2022) exploraron las barreras y los facilitadores de su implementación entre mujeres inuit de Canadá, mientras que Nyabigambo et al. (2023) examinaron estas condiciones en mujeres que viven con VIH en zonas rurales de Uganda. Hald et al. (2025) analizaron las percepciones de mujeres pertenecientes a minorías étnicas respecto a diferentes dispositivos de recolección, evidenciando la importancia de considerar las preferencias y características de las usuarias.

La implementación comunitaria del automuestreo también ha sido objeto de investigación en diferentes contextos sanitarios. Dzobo et al. (2023) analizaron estrategias para facilitar su distribución en comunidades rurales de Zimbabue, mientras que Asare et al. (2025) estudiaron una intervención comunicacional culturalmente adaptada dirigida a mujeres que viven con VIH en Ghana. Bula et al. (2025) examinaron las experiencias de usuarias respecto a la integración del automuestreo con servicios de planificación familiar en Malawi. Estos estudios destacan la necesidad de adaptar las intervenciones a las condiciones organizacionales y socioculturales de cada población.

La incorporación del automuestreo en programas organizados de tamizaje requiere considerar aspectos técnicos, operativos y normativos. Peremiquel-Trillas et al. (2025) investigaron su implementación mediante una experiencia piloto en Cataluña, España, mientras que Besó et al. (2025) abordaron la optimización de un modelo de detección basado en esta modalidad. En Latinoamérica, Reyes-Alvarado et al. (2026) examinaron las normativas relacionadas con la prevención del cáncer cervicouterino, aportando elementos para comprender las condiciones institucionales que pueden influir en la organización y cobertura de los programas preventivos.

La evidencia científica disponible sugiere que el automuestreo cervicovaginal puede contribuir a ampliar la cobertura del tamizaje del VPH; sin embargo, existen diferencias relacionadas con los dispositivos de recolección, las pruebas moleculares, las características de las poblaciones y las condiciones de implementación (Arum et al., 2025; Mathews et al., 2025; Moukam et al., 2025). Esta heterogeneidad dificulta establecer conclusiones generales sobre su desempeño diagnóstico, aceptación y factibilidad. Por ello, resulta necesario sintetizar sistemáticamente los resultados disponibles y examinar los factores que condicionan su aplicación en distintos contextos sanitarios.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue evaluar la evidencia científica sobre la implementación del automuestreo cervicovaginal para la detección del virus del papiloma humano en programas de tamizaje, mediante una revisión sistemática de la literatura. El análisis se orientó a

identificar las características metodológicas y poblacionales de los estudios, examinar la sensibilidad, especificidad y concordancia diagnóstica frente a la toma convencional, y sintetizar la evidencia sobre aceptación, factibilidad y barreras de implementación. Estos componentes permitieron establecer una relación directa entre el problema identificado y los aspectos evaluados en la revisión.

Para responder al objetivo planteado, se formularon las siguientes preguntas de investigación: (1) ¿Cuáles son las características metodológicas, poblacionales y contextuales de los estudios que han evaluado la implementación del automuestreo cervicovaginal para la detección del VPH?; (2) ¿Qué sensibilidad, especificidad y concordancia diagnóstica presenta el automuestreo cervicovaginal en comparación con la toma convencional de muestras para el tamizaje del VPH?; y (3) ¿Cuál es la evidencia disponible sobre la aceptación, factibilidad y principales barreras asociadas con la implementación del automuestreo cervicovaginal en los programas de tamizaje del VPH?

2. Metodología

La revisión sistemática se desarrolló siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), utilizada como guía para documentar el proceso de identificación, selección, evaluación e inclusión de los estudios. Se establecieron criterios de elegibilidad, fuentes de información, estrategias de búsqueda y procedimientos de extracción y síntesis de datos. La aplicación de estas directrices permitió organizar y comunicar de manera transparente las etapas metodológicas de la investigación (Page et al., 2021).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios originales publicados entre 2021 y 2026, disponibles en texto completo y redactados en inglés o español. Las investigaciones debían abordar la implementación del automuestreo cervicovaginal para la detección del virus del papiloma humano (VPH) en programas de tamizaje del cáncer cervicouterino. Se consideraron estudios que compararon esta modalidad con la toma convencional realizada por profesionales sanitarios, así como investigaciones que evaluaron su aplicación en diferentes poblaciones y contextos de atención.

Se admitieron estudios observacionales y experimentales que examinaron el desempeño diagnóstico del automuestreo mediante indicadores de sensibilidad, especificidad, concordancia diagnóstica o detección de genotipos de alto riesgo. También se consideraron investigaciones sobre aceptabilidad, factibilidad, cobertura, participación de las usuarias y barreras o facilitadores de implementación. Cuando se compararon diferentes métodos de recolección, se exigió que los resultados del automuestreo cervicovaginal pudieran identificarse de manera independiente de los correspondientes a la toma convencional.

Se excluyeron revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, editoriales, cartas al editor, capítulos de libro, protocolos sin resultados, informes de caso y registros duplicados. También se descartaron investigaciones centradas exclusivamente en vacunación o tratamiento del cáncer cervicouterino, estudios que no evaluaron el automuestreo para la detección del VPH y publicaciones sin resultados relacionados con su desempeño diagnóstico o implementación. Se excluyeron los documentos sin acceso al texto completo y aquellos cuyos resultados no permitieron identificar los correspondientes al automuestreo.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Scopus y SciELO para identificar investigaciones relacionadas con la implementación del automuestreo cervicovaginal en programas de tamizaje del VPH. La estrategia se estructuró mediante tres ejes conceptuales: virus del papiloma humano, automuestreo y tamizaje cervicouterino. Se utilizaron términos en inglés y español, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR, con el propósito de recuperar publicaciones relacionadas con los componentes del estudio.

En Scopus, la búsqueda se efectuó en el campo de título (TITLE), mediante términos relacionados con *human papillomavirus*, *HPV*, *self-sampling* y *screening*, además de expresiones vinculadas con programas de tamizaje cervicouterino. La estrategia incorporó un filtro de publicaciones comprendidas entre 2021 y 2026 y restringió los resultados a documentos en inglés. Esta combinación permitió identificar registros cuyos títulos contenían términos asociados con los tres ejes conceptuales definidos para la revisión.

En SciELO, se emplearon términos en inglés y español relacionados con el VPH, la autotoma y el tamizaje cervicouterino. Se incluyeron expresiones como *human papillomavirus*, *self-sampling*, *self-collection*, autotoma y tamizaje de cáncer cervicouterino, combinadas mediante operadores booleanos. La búsqueda se efectuó el 15 de septiembre de 2026 y recuperó publicaciones relacionadas con el tema de investigación. Las cadenas utilizadas y los registros identificados en ambas bases de datos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Cadena de búsqueda	Registros identificados
Scopus	(TITLE("human papillomavirus" OR HPV) AND TITLE("self-sampling" OR "self sampling") AND TITLE(screening OR "screening program" OR "screening programme" OR "cervical cancer screening" OR "cervix cancer screening")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English")) AND PUBYEAR > 2020 AND PUBYEAR < 2027	172
SciELO	("human papillomavirus" OR HPV OR "virus del papiloma humano") AND ("self-sampling" OR "self sampling" OR "self-collection" OR "self collection" OR "autotoma" OR "auto-toma") AND (screening OR "screening program" OR "screening programme" OR "cervical cancer screening" OR "tamizaje" OR "tamizaje de cáncer cervicouterino")	12
Total		184

Evaluación del riesgo de sesgo

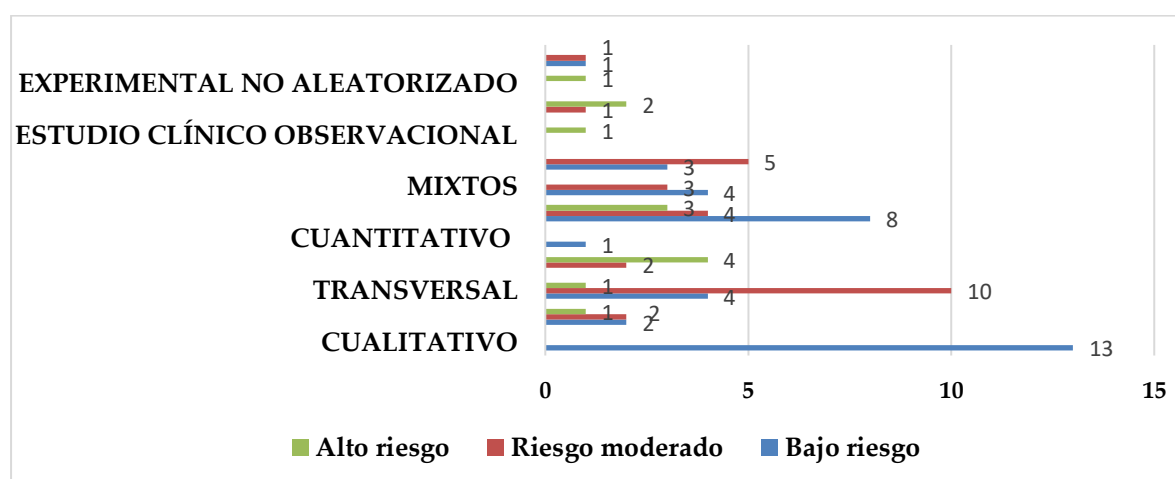
La evaluación del riesgo de sesgo se efectuó considerando el diseño metodológico de los estudios incluidos y las características de los instrumentos disponibles. Se utilizaron herramientas específicas para examinar aspectos relacionados con la selección de participantes, la calidad de las mediciones, el desarrollo de las intervenciones y la presentación de los resultados. Este procedimiento permitió identificar posibles limitaciones metodológicas que debían considerarse durante la interpretación de la evidencia recopilada.

Los estudios cualitativos se evaluaron mediante la lista de verificación del Joanna Briggs Institute (JBI), mientras que los estudios transversales se examinaron con la herramienta AXIS. Para las investigaciones de precisión diagnóstica se utilizó QUADAS-2 y para los ensayos clínicos aleatorizados se aplicó Cochrane RoB 2. Los estudios no aleatorizados de intervenciones se analizaron mediante ROBINS-I, mientras que para las investigaciones de cohortes se consideró la escala Newcastle-Ottawa (NOS).

Los estudios de métodos mixtos se examinaron mediante el *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), mientras que los experimentos de elección discreta se valoraron con una lista de verificación metodológica basada en las recomendaciones de ISPOR. Los resultados de estas evaluaciones se organizaron según las características y los criterios de cada instrumento. La figura 1 presenta los resultados de la evaluación metodológica de los estudios incluidos, considerando las limitaciones identificadas durante este procedimiento.

Figura 1

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos



Extracción y síntesis de datos

La información de los estudios incluidos se recopiló mediante una matriz estructurada que permitió organizar de manera homogénea sus características metodológicas y principales hallazgos. Se registraron el autor, año de publicación, país, diseño de investigación, tamaño de muestra, características de la población, grupo de comparación, tipo de muestra, dispositivo de automuestreo y método diagnóstico empleado. Esta organización facilitó la comparación de las investigaciones y la identificación de diferencias entre sus procedimientos.

Para examinar el desempeño diagnóstico se extrajeron los indicadores de sensibilidad, especificidad y concordancia con la toma convencional, cuando estuvieron disponibles. También se registraron los resultados relacionados con la detección de genotipos de alto riesgo y la positividad para VPH. Respecto a la implementación, se recopilaron datos sobre aceptabilidad, preferencias de las usuarias, factibilidad, cobertura, participación, barreras y facilitadores. La información se organizó considerando los resultados reportados por cada investigación.

Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa y temática de los hallazgos, estructurada según las tres preguntas de investigación. El análisis permitió describir las características metodológicas y poblacionales de los estudios, comparar los resultados del desempeño diagnóstico y examinar los factores relacionados con la aceptación y factibilidad del automuestreo. Las diferencias entre poblaciones, dispositivos de recolección, pruebas moleculares y contextos sanitarios se consideraron durante la interpretación de los resultados, evitando asumir equivalencia entre procedimientos con características distintas.

3. Resultados

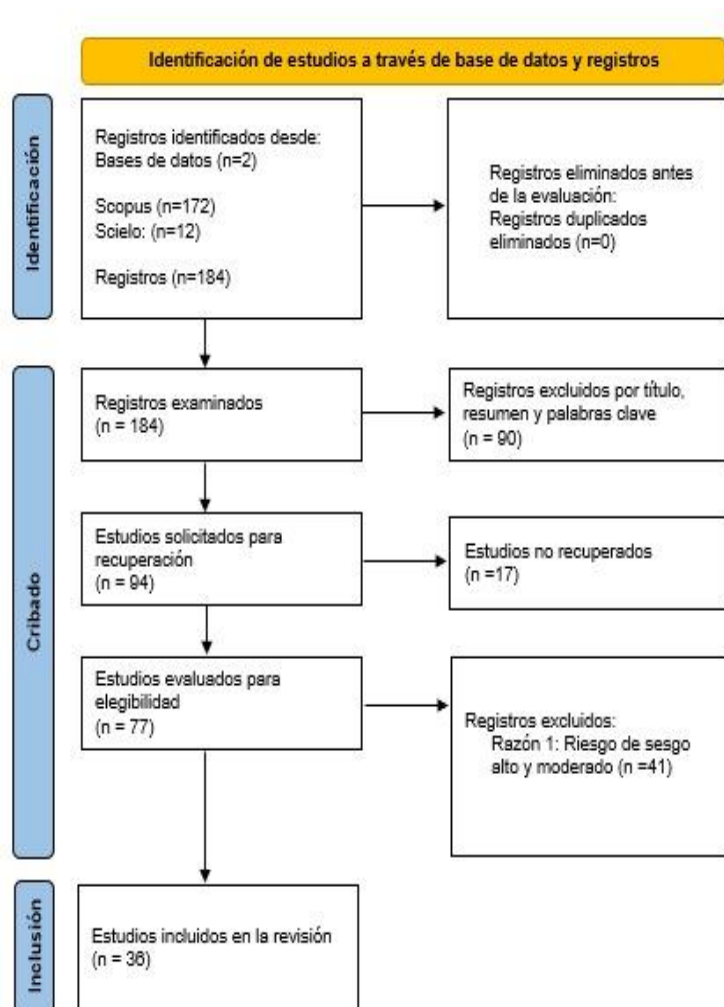
Selección de estudios

La selección de estudios se desarrolló siguiendo las directrices de PRISMA 2020. Durante la identificación se recuperaron 184 registros procedentes de Scopus (n = 172) y SciELO (n = 12). No se identificaron duplicados, por lo que los 184 documentos avanzaron a la fase de cribado. En esta etapa se examinaron los títulos, resúmenes y palabras clave para determinar su correspondencia con el objetivo de investigación y los criterios de elegibilidad establecidos.

Durante el cribado se excluyeron 90 registros por incumplimiento de los criterios establecidos, mientras que 94 documentos avanzaron a la etapa de recuperación del texto completo. De estos, 17 no pudieron recuperarse y 77 fueron evaluados mediante lectura completa. Posteriormente, se excluyeron 41 publicaciones por incumplimiento de los criterios de elegibilidad, lo que permitió incluir 36 estudios en la revisión sistemática. La figura 2 presenta las etapas del proceso de selección y sus respectivos resultados.

Figura 2

Diagrama de flujo PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios



Características metodológicas, poblacionales y contextuales de los estudios incluidos

Los 36 estudios incluidos se analizaron considerando sus características metodológicas, poblacionales y contextuales. Las investigaciones se desarrollaron en países de América, Europa, Asia y África, e incluyeron poblaciones con diferentes condiciones de acceso a los programas de tamizaje cervicouterino. Se identificaron estudios cualitativos, transversales, experimentales, de precisión diagnóstica, de métodos mixtos y de elección discreta. Esta diversidad permitió examinar el automuestreo desde perspectivas diagnósticas, organizacionales y relacionadas con las experiencias de las usuarias.

Las estrategias de implementación comprendieron el envío domiciliario de kits, la distribución comunitaria y la integración del automuestreo en servicios de atención primaria y planificación familiar. También se identificaron intervenciones dirigidas a mujeres con baja participación en programas convencionales, poblaciones rurales, minorías étnicas y personas que viven con VIH. Los procedimientos de recolección y las pruebas moleculares presentaron diferencias entre investigaciones, especialmente en los dispositivos empleados y las modalidades de procesamiento de las muestras.

La tabla 2 presenta las características de los 36 estudios incluidos, considerando autores, países, tamaños muestrales, poblaciones participantes, contextos de implementación, modalidades de automuestreo y métodos diagnósticos utilizados. La información permitió identificar diferencias entre los escenarios sanitarios y reconocer las estrategias empleadas para incorporar el automuestreo en programas de prevención del cáncer cervicouterino. Los estudios que evaluaron exclusivamente experiencias o preferencias se diferenciaron de aquellos que realizaron pruebas moleculares.

Tabla 2

Características metodológicas, poblacionales y contextuales de los estudios incluidos sobre la implementación del automuestreo cervicovaginal para la detección del VPH

Autor(es)	País	Tamaño muestral	Población y contexto	Modalidad de automuestreo	Método diagnóstico
White y McGregor (2026)	Escocia	13 participantes	Mujeres con discapacidad intelectual y cuidadores; evaluación de aceptabilidad	Automuestreo de VPH como alternativa al tamizaje convencional	No especificado
Hald et al. (2025)	Dinamarca	30 mujeres	Mujeres de minorías étnicas; percepción de dispositivos	Cepillo vaginal, primera orina y sangre menstrual	Prueba de VPH de alto riesgo
Moukam et al. (2025)	Camerún	556 participantes	Mujeres, parejas, profesionales sanitarios y líderes comunitarios	Automuestreo vaginal domiciliario	Prueba de VPH de alto riesgo
Goff et al. (2023)	Francia	59 profesionales	Personal sanitario de zonas con dificultades de acceso	Automuestreo vaginal y urinario	Prueba molecular de VPH
Pourette et al. (2022)	Isla Reunión	55 participantes	Mujeres profesionales sanitarios; preparación del programa RESISTE	Kit vaginal domiciliario	Prueba de VPH de alto riesgo
Bonney et al.	Ghana	85 personas	Personas con VIH	Automuestreo para	Prueba de ADN de

(2025)				atendidas en servicios sanitarios	ADN-VPH	VPH
Peremiquel-Trillas et al. (2025)	España	6355 invitadas	mujeres	Programa poblacional de tamizaje con invitación digital y distribución en farmacias	Automuestreo vaginal domiciliario	Prueba primaria de VPH
Elfström et al. (2026)	Suecia	42 409 invitadas	mujeres	Mujeres con ausencia prolongada de participación en el tamizaje	Kit enviado al domicilio	Prueba de VPH
Bula et al. (2025)	Malawi	29 entrevistas y 766 encuestas		Usuarías de servicios de planificación familiar	Automuestreo clínico y comunitario	Prueba de VPH
Mhango et al. (2025)	Malawi	273 profesionales		Personal sanitario relacionado con servicios de planificación familiar	Automuestreo clínico y comunitario	Prueba de VPH
Dzobo et al. (2023)	Zimbabue	8 participantes		Mujeres, trabajadores sanitarios y responsables de políticas públicas	Estrategia comunitaria de automuestreo	No se evaluó directamente el diagnóstico
Asare et al. (2025)	Ghana	36 integrantes del consejo asesor y 45 participantes de evaluación		Mujeres con VIH, profesionales y miembros comunitarios	Automuestreo integrado en una intervención comunicacional	Prueba de VPH
Winer et al. (2022)	Estados Unidos	19 734 participantes		Mujeres de 30 a 64 años con baja participación previa	Kit enviado por correo	Prueba de ADN de VPH
Ng et al. (2026)	Singapur	650 aleatorizadas; 640 analizadas		Mujeres de 30 a 69 años atendidas en atención primaria	Automuestreo como opción junto con la toma clínica	Prueba de ADN de VPH de alto riesgo
Gamelin et al. (2022)	Canadá	28 mujeres		Mujeres inuit de Nunavik; exploración de barreras culturales	Automuestreo como estrategia de tamizaje primario	Prueba de VPH
Singh et al. (2025)	India	982 inscritas; 600 participantes		Mujeres residentes en asentamientos urbanos vulnerables	Kit domiciliario con teleorientación	Prueba de ADN de VPH de alto riesgo
Anand et al. (2026)	India	No especificado		Mujeres de 30 a 69 años de contextos urbanos, rurales y tribales	Automuestreo de VPH	Prueba de VPH
Nyabigambo et al. (2023)	Uganda	No especificado		Mujeres con VIH atendidas en un hospital distrital	Automuestreo clínico y domiciliario	Prueba de VPH
Adekunle et al. (2023)	Estados Unidos	15 trabajadores comunitarios		Personal comunitario relacionado con organizaciones y servicios sanitarios	Automuestreo facilitado por trabajadores comunitarios	Prueba de VPH
Sahlgren et al. (2022)	Suecia	741 elegibles; 150 participantes		Mujeres de 33 a 62 años con ausencia prolongada de tamizaje	Kit enviado al domicilio	Prueba de VPH y confirmación histopatológica
Aasbø et al. (2022)	Noruega	6000 mujeres		Mujeres de 35 a 69 años sin participar durante al menos diez años	Solicitud voluntaria y envío directo de kits	Prueba de VPH de alto riesgo

Sultana et al. (2022)	Australia	12 572 mujeres	Mujeres nunca tamizadas o con participación insuficiente	Kit enviado por correo	Prueba de VPH con genotipificación parcial
Ji et al. (2024)	China	5551 reclutadas; 5417 analizadas	Mujeres de 25 a 65 años de ocho provincias	Automuestreo vaginal comparado con toma clínica	PCR para 23 genotipos de VPH
Vink et al. (2024)	Canadá	500 participantes	Mujeres de comunidades urbanas y rurales con baja cobertura	Kits postales y entrega clínica	Cobas 4800 HPV System
Mathews et al. (2025)	Reino Unido	No especificado	Mujeres de programas de tamizaje y servicios de colposcopia	Evalyn Brush, FLOQSwab y Multitest	Cobas HPV DNA y APTIMA HPV mRNA
Veerus et al. (2022)	Estonia	12 000 mujeres	Mujeres con baja participación en programas de tamizaje	Qvintip y Evalyn Brush enviados por correo	Pruebas de ácidos nucleicos para VPH
Ngu et al. (2022)	Hong Kong	521 kits; 321 muestras retornadas	Mujeres con tamizaje insuficiente durante la pandemia	Kits distribuidos mediante estrategias comunitarias	Prueba de VPH
Akintola et al. (2026)	Nigeria	220 mujeres	Mujeres elegibles para tamizaje que recibieron educación sanitaria	Cepillo Evalyn con orientación educativa	Ensayos HPV DEIA/LIPA
Arum et al. (2025)	Dinamarca	1677 mujeres	Participantes de un programa de automuestreo domiciliario	Evalyn, FLOQSwab y SensiGrip	BD Onclarity HPV
Bokan et al. (2021)	Eslovenia	209 mujeres	Mujeres atendidas en servicios de colposcopia	Qvintip y HerSwab	Hybrid Capture 2
Lurgain et al. (2025)	España	8 grupos focales y 22 entrevistas	Mujeres migrantes marroquíes y pakistaníes	Evaluación de dos dispositivos	No se realizó análisis diagnóstico
Besó et al. (2025)	España	29 mujeres	Mujeres de 35 a 65 años; evaluación de preferencias	Evaluación de cinco dispositivos	No se realizó prueba diagnóstica
Rakhmanova et al. (2026)	Kazajistán	124 mujeres	Mujeres atendidas en clínicas ambulatorias	Evalyn Brush y BGI Sentis	Genotipificación de VPH
Phung et al. (2025)	Vietnam	44 mujeres	Mujeres de 30 a 65 años; percepciones sobre prevención	Evaluación de opiniones sobre automuestreo	No se realizó análisis diagnóstico
Ding et al. (2026)	China	200 respuestas válidas	Mujeres de poblaciones con baja cobertura de tamizaje	Experimento de elección discreta	No se realizó prueba diagnóstica
Pratt et al. (2026)	Estados Unidos	44 mujeres	Mujeres somalí-estadounidenses; experiencias y barreras culturales	Automuestreo en atención primaria	No se realizó análisis diagnóstico

Desempeño diagnóstico, aceptación y factibilidad del automuestreo cervicovaginal

La evaluación del desempeño diagnóstico se fundamentó en investigaciones que compararon el automuestreo con muestras obtenidas por profesionales sanitarios o examinaron distintos dispositivos y pruebas moleculares. Los resultados presentaron diferencias según el procedimiento utilizado, el

ensayo aplicado y el desenlace evaluado. No todos los estudios reportaron sensibilidad, especificidad o concordancia diagnóstica, debido a que varias investigaciones se orientaron exclusivamente a examinar la aceptación, participación y factibilidad de implementación.

Mathews et al. (2025) informaron sensibilidades relativas para lesiones CIN2+ comprendidas entre 0,77 y 0,94, dependiendo del dispositivo y del ensayo molecular utilizado. Bokan et al. (2021) reportaron valores de sensibilidad del 83,1 % para Qvintip y del 75,0 % para HerSwab, según los indicadores consignados en la extracción. Ji et al. (2024) compararon muestras autorrecolectadas con muestras clínicas, mientras que Arum et al. (2025) examinaron la calidad analítica y diagnóstica de tres dispositivos de automuestreo domiciliario.

Los estudios relacionados con la aceptación presentaron resultados variables. Moukam et al. (2025) reportaron una aceptación global del 77,5 %, mientras que Singh et al. (2025) identificaron una participación del 61 % y una valoración favorable de la facilidad del procedimiento. Veerus et al. (2022) señalaron que el 98 % de las participantes consideró sencilla la autotoma y el 88 % manifestó preferencia por esta modalidad para futuros controles. Estos resultados evidenciaron diferencias entre aceptación, participación efectiva y preferencia por el método.

La aceptación no fue uniforme entre las poblaciones estudiadas. Ji et al. (2024) encontraron que el 43,79 % de las participantes prefirió el automuestreo, mientras que Rakhmanova et al. (2026) reportaron una preferencia del 28,2 % por esta modalidad para futuros controles. Estas diferencias reflejaron la influencia de factores relacionados con la confianza en los resultados, las características del procedimiento y las experiencias previas de atención. Los porcentajes se interpretaron considerando las poblaciones y condiciones particulares de cada investigación.

La tabla 3 presenta los resultados relacionados con las comparaciones frente al procedimiento convencional, los indicadores diagnósticos disponibles, la aceptación, la factibilidad y las barreras de implementación. Los hallazgos se organizaron para diferenciar las investigaciones que evaluaron precisión diagnóstica de aquellas centradas en participación, experiencias y preferencias. Esta clasificación permitió reconocer las condiciones que favorecieron o limitaron la incorporación del automuestreo en diferentes programas de tamizaje del VPH.

Tabla 3

Evidencia sobre desempeño diagnóstico, aceptación, factibilidad y barreras de implementación del automuestreo cervicovaginal

Autor(es)	Comparación o estrategia evaluada	Desempeño diagnóstico	Aceptación y participación	Factibilidad de implementación	Barreras y facilitadores identificados
White y McGregor (2026)	Percepciones sobre el automuestreo frente al tamizaje convencional.	No evaluado.	Se identificó una percepción favorable del automuestreo.	Se consideró una alternativa potencial para mujeres con discapacidad intelectual.	Barreras: dificultades de comunicación y experiencias negativas previas. Facilitadores: autonomía e información accesible.
Hald et al. (2025)	Preferencias entre distintos dispositivos de automuestreo y la	No evaluado.	Las participantes manifestaron interés por dispositivos	Se identificó potencial de aplicación entre mujeres	Barreras: factores culturales y dudas sobre el uso del cepillo.

	toma clínica.		menos invasivos.	pertenecientes a minorías étnicas.	Facilitadores: privacidad y menor invasividad.
Moukam et al. (2025)	Evaluación del automuestreo domiciliario.	No evaluado.	Se reportó una aceptación global del 77,5 % y del 73,7 % entre las mujeres participantes.	Se identificaron condiciones favorables para su implementación comunitaria.	Barreras: necesidad de información y acompañamiento. Facilitadores: privacidad y apoyo comunitario.
Goff et al. (2023)	Percepciones de profesionales sanitarios sobre el automuestreo domiciliario frente a la toma clínica.	No evaluado.	Los profesionales sanitarios manifestaron una valoración favorable del procedimiento.	Se identificó potencial de implementación en zonas con dificultades de acceso sanitario.	Barreras: instrucciones complejas y dificultades técnicas. Facilitadores: orientación y acompañamiento sanitario.
Pourette et al. (2022)	Evaluación de la aceptación del automuestreo domiciliario.	No evaluado.	Se identificó una aceptación favorable entre las participantes.	Se consideró una alternativa potencial para mujeres con baja participación en el tamizaje.	Barreras: dudas sobre la eficacia y la correcta recolección de muestras. Facilitadores: información y acompañamiento.
Bonney et al. (2025)	Preferencias entre el automuestreo y la toma realizada por profesionales sanitarios.	No evaluado.	Se identificó una disposición favorable hacia el automuestreo entre personas con VIH.	Se reconoció su potencial de integración en los servicios de atención al VIH.	Barreras: necesidad de capacitación. Facilitadores: conocimiento sanitario y autonomía de las usuarias.
Peremiquel-Trillas et al. (2025)	Implementación del automuestreo en un programa organizado de tamizaje.	No reportado en la síntesis.	Se registró una participación del 80,9 %, cuyo denominador requiere confirmación.	Se evaluó su implementación mediante distribución en farmacias y seguimiento organizado.	Facilitadores: invitaciones mediante SMS, distribución en farmacias y seguimiento sanitario.
Elfström et al. (2026)	Implementación del automuestreo frente al programa convencional de tamizaje.	No evaluado directamente.	Se reportó una participación del 35,6 %.	Se documentó su implementación mediante el envío domiciliario de kits.	Facilitador: disponibilidad directa del dispositivo en el domicilio.
Bula et al. (2025)	Comparación de modalidades de automuestreo clínicas y comunitarias.	No evaluado.	Se reportó una satisfacción del 92,5 % con el procedimiento.	Se examinó su integración en servicios de planificación familiar.	Facilitadores: privacidad, accesibilidad y reducción de costos.
Mhango et al. (2025)	Evaluación de modelos clínicos y comunitarios de implementación.	No evaluado.	Más del 90 % de los proveedores valoró favorablemente la aceptabilidad, adecuación y factibilidad del	Se identificaron condiciones favorables para su integración en servicios de planificación familiar.	Barreras: necesidades de capacitación. Facilitadores: simplicidad del procedimiento y privacidad.

			modelo.			
Dzobo et al. (2023)	Evaluación de estrategias comunitarias para implementar el automuestreo.	No evaluado.	Se identificaron condiciones que podrían favorecer la aceptación mediante la participación comunitaria.	Se propusieron modelos de implementación adaptados a las comunidades rurales.	Barreras: distancias geográficas y recursos limitados. Facilitadores: educación y posibilidad de elegir el dispositivo.	
Asare et al. (2025)	Evaluación de una intervención comunicacional culturalmente adaptada.	No evaluado.	Se reportaron puntuaciones de aceptación de 22,84/25 y factibilidad de 22,40/25.	Se evaluó su implementación mediante adaptación y participación comunitaria.	Barreras: temor y estigma. Facilitadores: privacidad y comunicación culturalmente adaptada.	
Winer et al. (2022)	Envío postal de kits frente a recordatorios convencionales de tamizaje.	No evaluado.	Se identificó una mayor participación mediante el envío domiciliario de kits.	Se examinó la distribución postal como estrategia para ampliar la participación.	Barreras: dificultades de transporte, falta de tiempo y experiencias negativas previas. Facilitadores: disponibilidad domiciliaria.	
Ng et al. (2026)	Automuestreo como alternativa de elección frente a la atención habitual.	No se reportaron indicadores de sensibilidad y especificidad en la síntesis.	El 56,4 % de las mujeres del grupo de intervención eligió el automuestreo.	Se evaluó su integración en servicios de atención primaria.	Barreras: diferencias relacionadas con el nivel educativo. Facilitadores: privacidad y autonomía.	
Gamelin et al. (2022)	Percepciones sobre el automuestreo frente al tamizaje convencional.	No evaluado.	Se identificó una disposición favorable hacia el automuestreo.	Se reconoció la necesidad de adaptar su implementación a las características culturales de la población.	Barreras: factores culturales y dificultades de acceso sanitario. Facilitadores: autonomía y privacidad.	
Singh et al. (2025)	Automuestreo domiciliario acompañado de teleorientación.	No evaluado.	El 61 % participó en el tamizaje; el 95 % consideró fácil la toma y el 98 % manifestó satisfacción.	Se examinó la distribución de kits y el acompañamiento mediante teleorientación.	Barreras: temor y limitaciones de infraestructura. Facilitadores: comodidad y apoyo remoto.	
Anand et al. (2026)	Experiencias con automuestreo en diferentes contextos poblacionales.	No evaluado.	Se reportó una participación inicial del 66 % y una aceptación del 98,2 % después de la educación sanitaria.	Se examinó su aplicación comunitaria en contextos urbanos, rurales y tribales.	Barreras: dificultades de acceso a laboratorios. Facilitadores: educación sanitaria y seguimiento.	
Nyabigambo et al. (2023)	Experiencias de automuestreo clínico y	No evaluado.	La aceptación se relacionó con la privacidad y la	Se identificó potencial de implementación	Barreras: estigma y desconocimiento. Facilitadores:	

	domiciliario.		facilidad del procedimiento.	en servicios dirigidos a mujeres con VIH.	privacidad y facilidad de uso.
Adekunle et al. (2023)	Modelo de automuestreo facilitado por trabajadores comunitarios.	No evaluado.	Se identificó una percepción favorable de su aceptabilidad.	Se examinó la participación de trabajadores comunitarios como apoyo a la implementación.	Barreras: desconfianza y necesidades de capacitación. Facilitadores: redes y organizaciones comunitarias.
Sahlgren et al. (2022)	Envío directo de kits frente a invitaciones convencionales de tamizaje.	No se reportaron indicadores de sensibilidad y especificidad en la síntesis.	Se registró una participación del 20,2 %.	Se evaluó la distribución domiciliaria acompañada de recordatorios.	Facilitador: acceso al dispositivo desde el domicilio.
Aasbø et al. (2022)	Comparación entre envío directo de kits, solicitud voluntaria y recordatorios convencionales.	No se reportó sensibilidad para lesiones CIN2+ en la síntesis.	Se identificó un incremento de participación mediante estrategias de automuestreo.	Se evaluó su implementación mediante distribución postal.	Barreras: vergüenza y dificultades prácticas. Facilitadores: posibilidad de realizar la toma en el domicilio.
Sultana et al. (2022)	Automuestreo frente a recordatorios para la prueba de Papanicolaou.	No se reportaron indicadores de sensibilidad y especificidad en la síntesis.	Se identificó una mayor participación entre mujeres con tamizaje insuficiente.	Se examinó el envío postal de kits y el seguimiento posterior.	Barreras: necesidad de seguimiento de resultados positivos. Facilitadores: facilidad de acceso al procedimiento.
Ji et al. (2024)	Comparación entre muestras autorrecolectadas y muestras clínicas.	Se comparó la detección de genotipos de VPH; no se reportó sensibilidad para CIN2+ en la síntesis.	El 43,79 % de las participantes prefirió el automuestreo.	Se identificó potencial como complemento del tamizaje convencional.	Facilitadores: orientación clínica y seguimiento de resultados.
Vink et al. (2024)	Envío postal de kits frente a entrega presencial en establecimientos sanitarios.	No evaluado.	Se reportó una respuesta aproximada del 16 %, con mayor participación mediante entrega presencial.	Se examinó la distribución comunitaria en poblaciones con baja cobertura.	Barreras: baja respuesta al envío postal. Facilitadores: entrega presencial y contacto directo.
Mathews et al. (2025)	Comparación de dispositivos y pruebas moleculares frente a muestras clínicas.	La sensibilidad relativa para CIN2+ osciló entre 0,77 y 0,94, según el dispositivo y el ensayo.	No evaluada.	Se identificó la importancia de seleccionar dispositivos y ensayos apropiados.	Barreras: variabilidad técnica entre dispositivos, pruebas y procedimientos.
Veerus et al. (2022)	Comparación de estrategias de envío y solicitud de kits.	No evaluado.	El 98 % consideró fácil el procedimiento y el 88 % manifestó preferencia por utilizarlo	Se evaluó la distribución postal de dispositivos de automuestreo.	Barreras: necesidad de solicitar activamente el kit. Facilitadores: envío directo al domicilio.

			posteriormente.			
Ngu et al. (2022)	Comparación entre automuestras y muestras clínicas.	No se reportó sensibilidad para CIN2+ en la síntesis.	El 89,2 % manifestó disposición a repetir el procedimiento.	Se examinó la distribución mediante estrategias comunitarias.	Barreras: falta de tiempo, vergüenza y costos. Facilitadores: privacidad y accesibilidad.	
Akintola et al. (2026)	Evaluación de una intervención educativa previa al automuestreo.	No evaluado.	Se reportó una disposición inicial del 91,8 % hacia el procedimiento.	Se examinó la educación estructurada y la familiarización práctica con el dispositivo.	Barreras: desconocimiento y dudas sobre la recolección. Facilitadores: capacitación y materiales educativos.	
Arum et al. (2025)	Comparación de tres dispositivos de automuestreo domiciliario.	Se evaluaron características analíticas y diagnósticas; no se reportó sensibilidad clínica en la síntesis.	No evaluada.	Se examinaron las condiciones de aplicación de diferentes dispositivos.	Facilitadores: simplicidad de uso y condiciones logísticas.	
Bokan et al. (2021)	Comparación de los dispositivos Qvintip y HerSwab frente a muestras clínicas.	Se reportaron sensibilidades del 83,1 % y 75,0 %, respectivamente; el desenlace requiere confirmación.	No evaluada.	Se examinó su potencial para mujeres con baja participación en el tamizaje.	Barreras: diferencias en el desempeño diagnóstico frente a la toma clínica.	
Lurgain et al. (2025)	Percepciones sobre el automuestreo frente al tamizaje clínico.	No evaluado.	El 56 % aceptó probar al menos un dispositivo de automuestreo.	Se identificó la necesidad de adaptar culturalmente las estrategias de implementación.	Barreras: desconfianza y desconocimiento. Facilitadores: educación culturalmente adaptada.	
Besó et al. (2025)	Evaluación de preferencias sobre dispositivos y estrategias de implementación.	No evaluado.	El 96,4 % manifestó disposición a realizar el automuestreo domiciliario.	Se identificaron condiciones de implementación mediante programas poblacionales organizados.	Barreras: dudas sobre la confiabilidad. Facilitadores: dispositivos sencillos y comunicación digital.	
Rakhmanova et al. (2026)	Comparación de dispositivos de automuestreo.	No evaluado.	El 28,2 % prefirió el automuestreo y el 62,1 % manifestó preferencia por la toma ginecológica.	Se examinó su incorporación como estrategia complementaria.	Barreras: dudas sobre la confiabilidad y la correcta recolección. Facilitadores: comodidad y diseño del dispositivo.	
Phung et al. (2025)	Percepciones sobre prevención del	No evaluado.	Se identificaron opiniones	Se destacó la importancia de la	Barreras: dificultades	

	cáncer cervicouterino y automuestreo.		generalmente favorables hacia el procedimiento.	educación y el acompañamiento comunitario.	logísticas y temor a cometer errores. Facilitadores: privacidad y comodidad.
Ding et al. (2026)	Evaluación de preferencias mediante un experimento de elección discreta.	No evaluado.	Las preferencias estuvieron relacionadas con la precisión percibida, el costo y el tiempo requerido.	Se examinó la adaptación de los dispositivos a las preferencias de las usuarias.	Barreras: costos y desconfianza. Facilitadores: menor duración y comodidad.
Pratt et al. (2026)	Experiencias y opiniones sobre el automuestreo.	No evaluado.	Se identificó una valoración favorable del procedimiento.	Se examinó su posible incorporación en servicios de atención primaria.	Barreras: temor y experiencias negativas previas. Facilitadores: privacidad, autonomía y educación sanitaria.

Nota. VPH: virus del papiloma humano; CIN2+: neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 o superior. Los indicadores de sensibilidad, especificidad y concordancia diagnóstica se presentaron únicamente cuando estuvieron disponibles en la síntesis de los estudios. Los porcentajes de aceptación, participación, satisfacción y preferencia correspondieron a variables diferentes y no se interpretaron como equivalentes.

Síntesis de los principales hallazgos

Los resultados mostraron que el automuestreo cervicovaginal se implementó mediante diferentes estrategias y en poblaciones con características heterogéneas. Se identificaron experiencias de distribución domiciliaria, aplicación comunitaria e integración en servicios sanitarios, particularmente entre mujeres con baja participación en programas convencionales. La evidencia sobre desempeño diagnóstico presentó diferencias entre dispositivos, pruebas moleculares y desenlaces evaluados, lo que limitó la comparación directa de los resultados cuantitativos disponibles.

La aceptación y factibilidad del automuestreo variaron según las características de las participantes y las condiciones de implementación. La privacidad, comodidad, autonomía y posibilidad de realizar el procedimiento fuera de establecimientos sanitarios se identificaron como facilitadores frecuentes. Persistieron barreras relacionadas con la confianza en los resultados, la correcta recolección de muestras, el conocimiento sobre el VPH y el acceso al seguimiento clínico. Estos hallazgos permitieron reconocer factores relevantes para la incorporación del método en programas de tamizaje cervicouterino.

4. Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática evidenciaron que la implementación del automuestreo cervicovaginal para la detección del virus del papiloma humano (VPH) involucró dimensiones diagnósticas, sociales, tecnológicas y organizacionales que condicionaron su incorporación en los programas de tamizaje cervicouterino. Los 36 estudios incluidos mostraron su potencial para reducir barreras relacionadas con el acceso sanitario, la privacidad y la participación. Sin embargo, los beneficios identificados no fueron uniformes, debido a las diferencias entre las poblaciones estudiadas, los modelos de distribución y las condiciones de atención sanitaria.

En relación con las características metodológicas y contextuales, se identificó una amplia heterogeneidad de diseños, poblaciones y estrategias de implementación. Los estudios abarcaron

investigaciones cualitativas, transversales, experimentales y de precisión diagnóstica, desarrolladas en América, Europa, Asia y África. Esta diversidad permitió examinar el automuestreo desde distintas perspectivas, aunque limitó la comparación directa de sus resultados. Las modalidades de envío domiciliario, distribución comunitaria e integración en servicios sanitarios respondieron a necesidades específicas, por lo que su utilidad debió interpretarse considerando las características de cada contexto poblacional.

La participación en los programas de tamizaje constituyó uno de los principales aspectos relacionados con la implementación del automuestreo. Peremiquel-Trillas et al. (2025) evaluaron un modelo organizado mediante invitaciones digitales y distribución de kits en farmacias, mientras que Elfström et al. (2026) reportaron una participación del 35,6 % entre mujeres con ausencia prolongada del tamizaje. Aunque ambos estudios respaldaron la viabilidad de estrategias alternativas de distribución, sus resultados no fueron directamente comparables debido a las diferencias en las poblaciones, los procedimientos de invitación y los denominadores utilizados para calcular la participación.

Los hallazgos sobre participación también mostraron diferencias entre las modalidades de distribución. Sahlgren et al. (2022) reportaron una participación del 20,2 % mediante estrategias de envío directo, mientras que Vink et al. (2024) identificaron una respuesta aproximada del 16 %, con mejores resultados mediante la entrega presencial. Este contraste sugirió que facilitar el acceso físico al dispositivo no garantizó por sí solo una mayor participación, debido a que el contacto con el personal sanitario, la información disponible y las experiencias previas pudieron influir en la decisión de las usuarias. Por ello, la distribución del kit debió considerarse como un componente de una intervención más amplia.

Respecto al desempeño diagnóstico, los estudios evidenciaron diferencias relacionadas con los dispositivos de recolección y las pruebas moleculares utilizadas. Mathews et al. (2025) reportaron sensibilidades relativas para lesiones CIN2+ comprendidas entre 0,77 y 0,94, según el dispositivo y el ensayo empleado. Bokan et al. (2021) también identificaron variaciones entre Qvintip y HerSwab, mientras que Ji et al. (2024) compararon muestras autorrecolectadas y clínicas mediante pruebas moleculares. Estos hallazgos indicaron que el desempeño del automuestreo dependió de la combinación entre el método de recolección, la prueba diagnóstica y el desenlace evaluado.

La interpretación del desempeño diagnóstico requirió distinguir entre la detección molecular del VPH y la identificación de lesiones cervicales de alto grado. La concordancia en la detección viral no implicó necesariamente una sensibilidad equivalente para identificar lesiones CIN2+, debido a que ambos indicadores correspondieron a desenlaces diferentes. Arum et al. (2025) examinaron la calidad analítica y diagnóstica de distintos dispositivos, mientras que Mathews et al. (2025) evaluaron combinaciones de procedimientos y ensayos. La disponibilidad limitada de indicadores homogéneos de sensibilidad, especificidad y concordancia impidió establecer una conclusión general sobre la equivalencia diagnóstica de todos los métodos estudiados.

La aceptación de las usuarias constituyó otra dimensión relevante para la implementación del automuestreo. Besó et al. (2025) reportaron una disposición favorable hacia el procedimiento domiciliario, mientras que Rakhmanova et al. (2026) identificaron que solo el 28,2 % de las participantes prefirió esta modalidad para futuros controles. La diferencia entre ambos estudios mostró que una percepción positiva sobre la comodidad del procedimiento no necesariamente se tradujo en preferencia por el automuestreo frente a la toma profesional. La confianza en la correcta recolección y en la confiabilidad de los resultados pudo influir en estas decisiones.

Las barreras educativas y culturales también condicionaron la aceptación del automuestreo. Phung et al. (2025) identificaron preocupaciones relacionadas con posibles errores durante la recolección y

dificultades logísticas, mientras que Lurgain et al. (2025) describieron dudas sobre la confiabilidad del procedimiento entre mujeres migrantes. Estos resultados coincidieron en señalar que la privacidad y la comodidad no fueron suficientes para garantizar la aceptación, particularmente cuando existieron conocimientos limitados sobre el VPH o desconfianza hacia las pruebas autorrecolectadas. La educación sanitaria culturalmente adaptada surgió como una condición relevante para facilitar decisiones informadas.

En relación con las estrategias de implementación, Singh et al. (2025) evaluaron un modelo comunitario que incorporó teleorientación y envío de kits, mientras que Anand et al. (2026) examinó experiencias de automuestreo en diferentes contextos poblacionales. Ambos estudios destacaron la importancia del acompañamiento y la educación sanitaria durante el procedimiento. Estos hallazgos sugirieron que la factibilidad del automuestreo dependió no solo de la disponibilidad del dispositivo, sino también de la orientación proporcionada, las condiciones logísticas y los mecanismos de comunicación de resultados. La ausencia de estos componentes pudo limitar su utilización sostenida.

La participación de profesionales sanitarios y actores comunitarios representó otro factor relacionado con la implementación. Mhango et al. (2025) identificaron valoraciones favorables del personal sanitario respecto a la integración del automuestreo en servicios de planificación familiar, mientras que Adekunle et al. (2023) examinaron un modelo facilitado por trabajadores comunitarios. Ambas investigaciones mostraron posibilidades de acercar el tamizaje a poblaciones con dificultades de acceso, aunque mediante mecanismos organizacionales diferentes. La capacitación del personal, la coordinación institucional y el acompañamiento de las usuarias constituyeron elementos relevantes para el funcionamiento de estas estrategias.

Desde la perspectiva de salud pública, los resultados respaldaron el potencial del automuestreo cervicovaginal para ampliar las oportunidades de detección del VPH en poblaciones con baja participación en los programas convencionales. No obstante, el aumento de la aceptación o de la distribución de kits no debió interpretarse automáticamente como una mejora de la cobertura efectiva del tamizaje. Para alcanzar ese resultado fue necesario considerar la devolución de muestras válidas, el procesamiento oportuno, la comunicación de resultados y el seguimiento de mujeres con pruebas positivas, aspectos fundamentales para garantizar la continuidad de la atención.

Entre las principales limitaciones de la evidencia se identificaron la heterogeneidad de los diseños metodológicos, las características poblacionales, los dispositivos de recolección y las pruebas moleculares utilizadas. Varios estudios se concentraron en aceptación, preferencias o factibilidad, sin proporcionar indicadores de sensibilidad, especificidad o concordancia diagnóstica. Esta situación restringió las comparaciones entre investigaciones y dificultó establecer conclusiones uniformes sobre el desempeño del automuestreo. La utilización de instrumentos diferentes para evaluar la calidad metodológica también exigió cautela al interpretar y comparar las categorías de riesgo de sesgo asignadas.

La revisión presentó limitaciones relacionadas con la búsqueda bibliográfica y la disponibilidad de información. La consulta se restringió a Scopus y SciELO, a publicaciones de 2021 a 2026 y a documentos en inglés o español; la estrategia de Scopus incorporó únicamente un filtro para inglés. Además, 17 documentos no pudieron recuperarse para su evaluación completa. Estas condiciones pudieron ocasionar la omisión de investigaciones pertinentes y limitar la representatividad de la evidencia sintetizada. La ausencia de un metaanálisis impidió obtener una estimación cuantitativa agrupada del desempeño diagnóstico.

Las futuras investigaciones deberían priorizar estudios multicéntricos y longitudinales que

permitan examinar la sostenibilidad del automuestreo en programas organizados de tamizaje. Resultaría especialmente importante utilizar criterios diagnósticos comparables, dispositivos validados y desenlaces claramente definidos para evaluar sensibilidad, especificidad y concordancia frente a la toma convencional. También se requiere ampliar la evidencia sobre costo-efectividad, cobertura efectiva y seguimiento de resultados positivos. El análisis de estas dimensiones permitiría establecer condiciones de implementación más precisas y orientar decisiones sanitarias fundamentadas en resultados comparables.

5. Conclusiones

La revisión sistemática permitió evaluar la evidencia científica sobre la implementación del automuestreo cervicovaginal para la detección del virus del papiloma humano (VPH) en programas de tamizaje. Los 36 estudios incluidos evidenciaron una considerable diversidad metodológica, poblacional y contextual, con estrategias que comprendieron el envío domiciliario de kits, la distribución comunitaria y la integración en servicios sanitarios. Los hallazgos identificaron su potencial para facilitar el acceso al tamizaje, especialmente entre mujeres con baja participación en los programas convencionales, aunque los resultados variaron según las condiciones de implementación.

En relación con el desempeño diagnóstico, se identificó que los resultados dependieron del dispositivo de recolección, la prueba molecular utilizada y el desenlace evaluado. Los estudios comparativos aportaron evidencia sobre la detección del VPH mediante muestras autorrecolectadas; sin embargo, la disponibilidad limitada de indicadores homogéneos de sensibilidad, especificidad y concordancia impidió establecer una equivalencia diagnóstica general frente a la toma convencional. Por tanto, su incorporación en programas de tamizaje debe considerar la validación de los dispositivos y ensayos empleados, así como las condiciones de procesamiento y seguimiento.

Respecto a la aceptación y factibilidad, los estudios identificaron resultados variables entre poblaciones, asociados con diferencias culturales, experiencias previas y percepciones sobre la confiabilidad del procedimiento. La privacidad, comodidad y autonomía constituyeron facilitadores frecuentes, mientras que el desconocimiento sobre el VPH, las dudas sobre la correcta recolección y el temor a resultados incorrectos representaron barreras relevantes. La educación sanitaria, el acompañamiento profesional, la adaptación cultural y los mecanismos de seguimiento se reconocieron como componentes necesarios para favorecer una implementación adecuada.

En consecuencia, el automuestreo cervicovaginal se identificó como una alternativa potencial para complementar los programas de tamizaje del VPH, sin que la evidencia disponible permitiera afirmar una superioridad diagnóstica general ni un incremento uniforme de la participación. Su implementación requiere considerar las características poblacionales y la capacidad operativa de los servicios sanitarios. Se necesitan investigaciones multicéntricas y longitudinales con indicadores diagnósticos comparables que permitan evaluar su sostenibilidad, costo-efectividad, cobertura efectiva y continuidad del seguimiento clínico.

Referencias

- Aasbø, G., Tropè, A., Nygård, M., Kraus, I., Baasland, I., Iversen, G., ... Hansen, B. (2022). HPV self-sampling among long-term non-attenders to cervical cancer screening in Norway: A pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Cancer*, 127, 1816–1826. <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01954-9>
- Adekunle, T., Arreola, A., Sembian, S., Castro, R., Claire, L., Balian, L., & Rodriguez, N. (2023). Feasibility and anticipated acceptability of community health worker-facilitated HPV self-sampling for cervical cancer screening around Lake County, Indiana. *Journal of Clinical and Translational Science*, 7, e157. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.578>
- Akintola, A., Dareng, E. O., Adebamowo, S., & Adebamowo, C. (2026). Impact of educational intervention on the uptake of self-sampling for HPV test-based cervical cancer screening. *Frontiers in Oncology*, 16, 1810950. <https://doi.org/10.3389/fonc.2026.1810950>
- Anand, K., Mishra, G., Suryawanshi, V., Pimple, S., Kulkarni, V., & Vahabi, M. (2026). Experiences with HPV self-sampling in India: Advancing cervical cancer prevention and screening. *BMC Public Health*, 26, 999. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-26212-y>
- Arbyn, M., Xu, L., Simoons, C., & Martin-Hirsch, P. (2018). Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), Article CD009069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009069.pub3>
- Arum, A., Korsgaard, E., Pedersen, H., Dahl, T., Frandsen, P., Tønnes Pedersen, B., ... Bonde, J. (2025). Large-scale study comparing analytical and diagnostic quality of three HPV self-sampling devices for at-home cervical cancer screening. *APMIS*, 133, e70109. <https://doi.org/10.1111/apm.70109>
- Asare, M., Ebu, N., Sencherey, V., Lamptey-Mills, E., Ken-Amoah, S., Akakpo, P., Sturdivant, R., & Obiri-Yeboah, D. (2025). Culturally adapting and evaluating an evidence-based communication intervention with HPV self-sampling to improve cervical cancer screening among women living with HIV in Ghana: A mixed-methods study. *BMJ Open*, 15, e105852. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-105852>
- Besó, M., Ibañez, J., Castan, S., Mira, J., Guilabert, M., Vanaclocha, M., ... Molina-Barceló, A. (2025). Optimisation of a cervical cancer screening model based on self-sampling for human papillomavirus testing. *Cancer Control*, 32, 1–12. <https://doi.org/10.1177/10732748251378812>
- Bokan, T., Ivanus, U., Jerman, T., Takac, I., & Arko, D. (2021). Long term results of follow-up after HPV self-sampling with devices Qvintip and HerSwab in women non-attending cervical screening programme. *Radiology and Oncology*, 55(2), 187–195. <https://doi.org/10.2478/raon-2021-0001>
- Bonney, E., Gyekye, E., Klutse, J., Attah, D., Tay, Y., Thomford, N., ... Ahorlu, C. (2025). Barriers and facilitators of integrating cervical cancer screening into routine HIV care and acceptability of self-sampling for HPV DNA testing among people with HIV: An exploratory study in southern Ghana. *Frontiers in Public Health*, 13, 1679325. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1679325>
- Bula, A., Mhango, P., Tsidya, M., Chimwaza, W., Kaira, P., Ghambi, K., ... Chipeta, E. (2025). Client perspectives and satisfaction with integrating facility and community-based HPV self-sampling for cervical cancer screening with family planning: A mixed method study. *BMC*

Public Health, 25, 1718. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22761-w>

- Cabrera, S., Linares, A., Martínez Meléndez, J., & Abullarade, E. (2022). Autotoma para detección de VPH comparada con muestra convencional en el tamizaje de cáncer cervicouterino. *Alerta, Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 5(1), 81–87. <https://doi.org/10.5377/alerta.v5i1.12806>
- Chacón, J., Mateos, M., Sanz, I., Rubio, M., & Baquero, F. (2006). Genotipos de virus del papiloma humano más frecuentes en mujeres con citología cervicovaginal alterada utilizando técnicas de captura de híbridos y reacción en cadena de la polimerasa. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. <https://n9.cl/bgkkm>
- de Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180–e190. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)
- Ding, N., Chen, Y., Zhou, X., Wang, G., Li, J., & Wang, X. (2026). Women's preferences for HPV self-sampling in cervical cancer screening: A discrete choice experiment. *Frontiers in Public Health*, 14, 1779443. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1779443>
- Dzobo, M., Dzinamarira, T., Murewanhema, G., Chishapira, T., Dube Mandishora, R., Fitzpatrick, M., & Mashamba-Thompson, T. (2023). Co-creation of human papillomavirus self-sampling delivery strategies for cervical cancer screening in rural Zimbabwe: Nominal group technique. *Frontiers in Public Health*, 11, 1275311. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1275311>
- Elfström, K., Hortlund, M., Öhman, D., & Dillner, J. (2026). Cancer detection using human papillomavirus self-sampling targeting long-term non-attenders in an organized cervical screening program. *International Journal of Cancer*, 158(10), 2729–2735. <https://doi.org/10.1002/ijc.70321>
- Fonseca, C. (2022). Autotoma de células cervicales con identificación del DNA del virus del papiloma humano, una alternativa en la política pública de tamización de cáncer de cérvix para poblaciones rurales en Colombia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 1157–1167. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2280
- Gamelin, R., Hébert, M., Tratt, E., & Brassard, P. (2022). Ethnographic study of the barriers and facilitators to implementing human papillomavirus (HPV) self-sampling as a primary screening strategy for cervical cancer among Inuit women of Nunavik, Northern Quebec. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1), 2032930. <https://doi.org/10.1080/22423982.2022.2032930>
- Goff, J., Duc-Banaszuk, A., Lefeuvre, C., Pivert, A., Ducancelle, A., De Pauw, H., Arbyn, M., Vinay, A., & Rexand-Galais, F. (2023). Acceptability to healthcare professionals of home-based HPV self-sampling for cervical screening: A French qualitative study conducted in an area with low access to health services. *Cancers*, 15(21), 5163. <https://doi.org/10.3390/cancers15215163>
- Hald, S., Tatari, C., Kirkegaard, P., Tranberg, M., Andersen, B., & Nielsen, C. (2025). “Well, that was pretty clever!”—Ethnic minority women's views on HPV self-sampling devices for cervical cancer screening: Attitudes to brushes, first-void urine, and menstrual blood devices. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 12, 1304–1314. <https://doi.org/10.1007/s40615-024-01963-9>

- Ji, X., Hao, M., Wang, Y., Pan, Z., Yang, R., Wang, X., Wang, H., ... Miao, J. (2024). HPV self-sampling for cervical cancer screening in China: A multi-center study. *Heliyon*, 10, e39544. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e39544>
- Kero, K., & Rautava, J. (2019). HPV infections in heterosexual couples: Mechanisms and covariates of virus transmission. *Acta Cytologica*, 63(2), 143–147. <https://doi.org/10.1159/000494710>
- Lurgain, J., Peremiquel-Trillas, P., Ouaarab-Essadek, H., Mellouki, K., Malik-Hameed, S., Sarif, A., ... Gilham, C. (2025). Moroccan and Pakistani women's knowledge and perceptions on cervical cancer screening and HPV self-sampling acceptability in Catalonia, Spain: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 25, 1502. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13488-w>
- Mathews, C., Sargent, A., Cuschieri, K., Rebolj, M., Brentnall, A. R., Mackie, A., ... Denton, K. (2025). HPVValidate—Human papillomavirus testing with DNA and mRNA assays on self-collected samples in cervical screening: Comparison of test characteristics on three self-sampling devices. *British Journal of Cancer*, 133, 665–673. <https://doi.org/10.1038/s41416-025-03102-5>
- Medina, M., Marinic, K., Medina, M., Sorrentino, A., Giménez, M., & Merino, L. (2021). Detección de papilomavirus humano en mucosa oral en hombres con verrugas anogenitales. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 19(2), 41–48. <https://doi.org/10.18004/MEM.IICS/1812-9528/2021.019.02.41>
- Mhango, P., Kunitawa, A., Malata, M. P., Tang, J. H., Chipeta, E., Kandeya, B., ... Mwapasa, V. (2025). Acceptability, feasibility and appropriateness of integrating HPV self-sampling for cervical cancer screening into voluntary family planning services in Malawi. *BMC Public Health*, 25, 2615. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23822-w>
- Mora, M., De La Cuadra, B., Boconzaca, E., Montesdeoca, M., Rodríguez, C., Villamar, G., & Calderón, M. (2025). Diagnóstico y tratamiento avanzado del cáncer de cérvix. *Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública*, 9(28), 53–63. <https://doi.org/10.31790/inspilip.v9i27.718>
- Moukam, A., Salah, N., Tankeu, G., Djommo, L., Lemoupa, S., Wisniak, A., Sormani, J., Kenfack, B., Vassilakos, P., Socpa, A., Petignat, P., & Schmidt, N. (2025). Acceptability of home-based HPV self-sampling for cervical cancer screening among users and providers in the West region of Cameroon: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25, 1303. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13467-1>
- Ng, X., Quek, I., Pereira, M., Molina, J., Tan, K., Ngeow, J., & Wong, S. (2026). Effect of self-sampling HPV DNA testing on cervical cancer screening in Singapore's primary care: Pragmatic randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*, 24, 291–300. <https://doi.org/10.1370/afm.250683>
- Ngu, S. F., Lau, L., Li, J., Wong, G. Y., Cheung, A., Ngan, H., & Chan, K. (2022). Human papillomavirus self-sampling for primary cervical cancer screening in under-screened women in Hong Kong during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 2610. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052610>
- Nyabigambo, A., Mayega, R., Hlongwana, K., & Ginindza, T. (2023). Facilitators and barriers to HPV self-sampling as a cervical cancer screening option among women living with HIV in rural Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 6004. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116004>

- Organización Mundial de la Salud. (2024, 5 de marzo). *Papilomavirus humano y cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
- Ortiz, V., Ricardo, A., Barrera, R., Barrera, F., & Pacheco, P. (2025). Detección temprana y la tasa de diagnóstico de cáncer de cuello uterino: Revisión de literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(5), 9683–9710. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20290
- Peremiquel-Trillas, P., Roura, E., Rangel-Sarmiento, V., Morey, F., Font, R., Carvajal, M., ... Bruni, L. (2025). Building the foundations for an organized population-based cervical cancer screening program with primary HPV self-sampling in Catalonia, Spain: Findings from a pilot implementation study. *Frontiers in Medicine*, 12, 1580665. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1580665>
- Phung, M., Le, P., Khoja, L., Lee, A. W., & Pearce, C. (2025). Southern Vietnamese women's views on HPV vaccination, cervical cancer screening, and HPV self-sampling. *Scientific Reports*, 15, 30928. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-16248-2>
- Pourette, D., Cripps, A., Guerrien, M., Desprès, C., Opigez, E., Bardou, M., & Dumont, A. (2022). Assessing the acceptability of home-based HPV self-sampling: A qualitative study on cervical cancer screening conducted in Reunion Island prior to the RESISTE trial. *Cancers*, 14(6), 1380. <https://doi.org/10.3390/cancers14061380>
- Pratt, R., Barsness, C., Lin, J., Adan, F., Abdi, S., Mohamed, S., ... Winer, R. (2026). Experience with cervical cancer screening and views on HPV self-sampling among Somali American women. *Journal of General Internal Medicine*, 41, 2154–2164. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-10080-0>
- Rakhmanova, M., Sakko, Y., Suleimenova, A., Sakhipova, G., Marat, A., & Aimagambetova, G. (2026). Patient acceptance of HPV self-sampling approach for cervical cancer screening: Evidence from a pilot study in Kazakhstan. *Annals of Medicine*, 58(1), 2645175. <https://doi.org/10.1080/07853890.2026.2645175>
- Reyes-Alvarado, A., Chumbe-Perlacios, D., Lozano-Ocampo, L., Vela-Ruiz, J., & Alatrística, M. (2026). Revisión sistemática de normativas en la prevención del cáncer de cérvix en Latinoamérica: Implicancias para la gestión sanitaria. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 86(1), 112–124. <https://doi.org/10.51288/00860114>
- Sahlgren, H., Sparén, P., Elfgren, K., & Elfström, K. (2022). Feasibility of sending a direct send HPV self-sampling kit to long-term non-attenders in an organized cervical screening program. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 268, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.11.430>
- Singh, N., Mangal, S., Tanwar, P., Singhal, S., Yadav, A., & Mathur, S. (2025). Evaluating the feasibility and acceptability of cervical cancer screening in an urban slum community by HPV self-sampling with the aid of telecounselling: Lessons learnt. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 26(12), 4331–4338. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.12.4331>
- Su, P., Ma, J., Yu, L., Tang, S., & Sun, P. (2023). Clinical significance of extended high-risk human papillomavirus genotyping and viral load in cervical cancer and precancerous lesions. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, 3(1), 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.gocm.2023.01.001>

- Sultana, F., Gertig, D., English, D., Simpson, J., Drennan, K., Wrede, C., ... Brotherton, J. (2022). HPV self-sampling and follow-up over two rounds of cervical screening in Australia – the iPap trial. *Journal of Medical Screening*, 29(3), 185–193. <https://doi.org/10.1177/09691413221080635>
- Veerus, P., Hallik, R., Jänes, J., Jõers, K., Paapsi, K., Laidra, K., & Innos, K. (2022). Human papillomavirus self-sampling for long-term non-attenders in cervical cancer screening: A randomised feasibility study in Estonia. *Journal of Medical Screening*, 29(1), 53–60. <https://doi.org/10.1177/09691413211052499>
- Vijayan, A., Muthukrishnan, A., Nair, A., Fathima, S., Nair, P., & Roshan, J. (2022). PCR-based evaluation of human papillomavirus genotypes in oral lichen planus. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 14(Suppl. 1), S449. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_147_22
- Villa-Feijóo, A. (2022). Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades desde la perspectiva de la enfermería en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 1(3), 1–14. <https://doi.org/10.69484/rcz/v1/n3/29>
- Villena, R. (2020). Las vacunas como estrategias de erradicación y prevención ... cuánto nos han ayudado y cuánto las estamos aprendiendo a valorar nuevamente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(3), 221. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.07.005>
- Vink, E., Antaya, G., Hamula, C., Holinaty, C., Minion, J., Pond, G. R., ... Brown Broderick, J. (2024). HPV self-sampling for cervical cancer screening in under-screened Saskatchewan populations: A pilot study. *Current Oncology*, 31, 4261–4269. <https://doi.org/10.3390/curroncol31080317>
- White, C., & McGregor, L. (2026). ‘...but look how many lives would have been saved if this was available then’ Exploring the acceptability of future Human Papillomavirus self-sampling, and the barriers and facilitators of cervical cancer screening for those with intellectual disabilities in Scotland. *British Journal of Health Psychology*, 31, e70092. <https://doi.org/10.1111/bjhp.70092>
- Winer, R., Lin, J., Tiro, J., Miglioretti, D. L., Beatty, T., Gao, H., ... Buist, D. (2022). Effect of Patient Characteristics on Uptake of Screening Using a Mailed Human Papillomavirus Self-sampling Kit. *JAMA Network Open*, 5(11), e2244343. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.44343>
- Wolf, J., Kist, L., Pereira, S., Quessada, M., Petek, H., Pille, A., Maccari, J., Mutlaq, M., & Nasi, L. (2024). Human papillomavirus infection: Epidemiology, biology, host interactions, cancer development, prevention, and therapeutics. *Reviews in Medical Virology*, 34(3), e2537. <https://doi.org/10.1002/rmv.2537>

Transparencia

Conflicto de interés

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés de naturaleza alguna como parte de la presente investigación.

Fuente de financiamiento

Las autoras financiaron completamente la investigación.

Contribución de autoría

Jessica Lisbeth Abarca Wuilcapi: Conceptualización, metodología, software, análisis formal, investigación, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción

- revisión y edición, financiamiento, administración del proyecto, recursos.

Yisela Carolina Ramos Campi: Validación, análisis formal, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, financiamiento, administración del proyecto, recursos, supervisión.

Las autoras contribuyeron activamente en el análisis de los resultados, revisión y aprobación del manuscrito final.