



Introducción

En España la incidencia de cáncer de cuello uterino se halla en el segmento bajo europeo, con una tasa poblacional media de 7,6 x 100.000 mujeres/año según los datos comunicados por los registros de Cáncer Españoles (Albacete, 1998-2001; Asturias, 1996-2000; País Vasco 1998-2001; Islas Canarias 1997-2001; Cuenca 1998-2002; Gerona 1998-2002; Granada 1998-2002; Murcia 1997-2001; Navarra 1998-2002; Tarragona 1998-2002; Zaragoza 1996-2000), a la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) dependiente de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)⁽¹⁾

La incidencia más alta ha sido comunicada por el registro de Asturias (11,5 x 100.000 mujeres/año; tasa ajustada por edad: 7,1 x 100.000 mujeres/año) y la más baja por el de Zaragoza (6,5 x 100.000 mujeres/año; tasa ajustada por edad: 4,1 x 100.000 mujeres/año).

El registro de Granada ha comunicado a partir de datos obtenidos en el periodo comprendido entre 1998 y 2002 una incidencia de 8,1 x 100.000 mujeres/año (tasa ajustada por edad: 6,0 x 100.000 mujeres/año). La distribución por edades ha sido la siguiente:

- 35-39 años: 14,5 x 100.000 mujeres/año
- 40-44 años: 18,9 x 100.000 mujeres/año
- 45-49 años: 16,7 x 100.000 mujeres/año
- 50-54 años: 14,8 x 100.000 mujeres/año
- 55-59 años: 10,2 x 100.000 mujeres/año
- 60-64 años: 12,7 x 100.000 mujeres/año
- 65-69 años: 14,2 x 100.000 mujeres/año

En Europa Occidental las tasas más altas son referidas por Serbia, Bulgaria y la República Checa (36,4, 24,9 y 20,9 por 100.000 mujeres/año) y las más bajas las de Malta (5,5 x 100.000 mujeres/año).⁽¹⁾

Las tasas de incidencia más altas en el mundo se dan en África Subsahariana, Melanesia, Asia subcentral y Sudeste Asiático (entre 30 y 42,7 casos por 100.000 mujeres/año).

La mortalidad es más baja que la incidencia, estimándose a nivel mundial una ratio incidencia/mortalidad del 55%.⁽²⁾

En España, las tasas de mortalidad por cáncer ajustadas a población europea han sido publicadas por el Centro Nacional de Epidemiología (C.N.E.)⁽³⁾ en el proyecto Ariadna. Los últimos datos corresponden al año 2007. La media española de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el año 2007 fue de 2,13 x 100.000 mujeres.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino ajustada a población europea en las provincias andaluzas es la siguiente:

Granada:	0,97 / 100.000 mujeres
Córdoba:	1,13 / 100.000 mujeres
Cádiz:	1,70 / 100.000 mujeres
Sevilla:	1,70 / 100.000 mujeres
Málaga:	1,76 / 100.000 mujeres
Almería:	2,04 / 100.000 mujeres
Jaén:	2,71 / 100.000 mujeres
Huelva:	4,49 / 100.000 mujeres

El cáncer de cuello uterino se da principalmente en mujeres sexualmente activas, existiendo evidencia consistente de que está relacionado con la infección del virus del papiloma humano (VPH). Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los cuales alrededor de 40 infectan el área genital y anal, atribuyéndose capacidad oncogénica a los tipos 16,18, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59, siendo el paradigma de los de alto riesgo los tipos 16 y 18. Se detecta en más del 99 % de los cánceres, tanto epiteliales como adenocarcinomas.⁽⁴⁾

El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es la responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo. El 70-80% de las mujeres y los hombres sexualmente activos han estado expuestos al virus en algún momento de su vida. Se estima que la prevalencia de infección por VPH en la población femenina es inferior al 10 % en los países desarrollados y al 15 % en países en vías de desarrollo, según datos de la IARC esta prevalencia varía según las áreas geográficas siguiendo una distribución similar a la de cáncer de cuello uterino.

Evoluciona de forma natural hacia la curación espontánea (más del 90% de los casos). La prevalencia del VPH se asocia a la edad, siendo más alta al inicio de las relaciones sexuales y responde al patrón de comportamiento sexual de la comunidad. Así, en las poblaciones que refieren varios compañeros sexuales, la prevalencia puede llegar al 30-40% en mujeres menores de 25 años. Tras este pico, hay una disminución marcada hasta valores entre 3-10%. En algunas poblaciones, se ha observado un segundo pico de prevalencia en mujeres post menopáusicas cuya interpretación está siendo objeto de estudio. La prevalencia de VPH de alto riesgo (AR) en la población general se correlaciona muy bien con las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino en el mundo. ⁽⁵⁻⁶⁾

Ningún otro tipo de cáncer ilustra mejor que el cáncer de cuello de útero los notables efectos que un diagnóstico precoz y un tratamiento preventivo tienen sobre las tasas de mortalidad. Hace 70 años el cáncer de cuello uterino era la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres estadounidenses. Pero desde que se instauraron los programas de detección precoz y, dado que la mayoría de las lesiones se descubren en fase de carcinoma in situ (CIN) o lesiones precancerosas, estas tasas han descendido de forma espectacular, de modo que actualmente, este cáncer representa la cuarta causa de muerte por cáncer en EEUU. El mérito de estos avances se debe, sobre todo, a la eficiencia de los programas de cribado basados en la toma de citologías cérvico-vaginales, para detectar el cáncer de cuello uterino cuando aún es incipiente.

Desarrollado el cáncer invasor, el pronóstico está directamente relacionado con el estadio en el momento del diagnóstico. En los países desarrollados, gracias al conocimiento de los factores pronósticos y al establecimiento de tratamientos multidisciplinarios, la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido un 75% en los últimos 50 años. Sin embargo, en países en vías de desarrollo sigue siendo un cáncer con una tasa de mortalidad cercana al 50%. ⁽¹⁾

Con esta segunda edición del PAI Cáncer de Cérvix, realizamos una revisión y actualización del documento anterior (año 2002), incorporando nuevos aspectos relacionados con dimensiones específicas de calidad, tales como la evidencia científica, la persona, el uso adecuado del medicamento, los cuidados enfermeros y la seguridad del paciente. En esta revisión hemos intentado orientar y convertir el documento en una herramienta más práctica para los profesionales y vincularla con las líneas estratégicas de la Organización. En el recorrido del proceso asistencial visualizamos a la mujer como a una persona que participa activamente en el desarrollo del mismo, fortaleciendo la toma de decisiones y desarrollando de forma efectiva los derechos fundamentales de la persona a la información, la intimidad, la confidencialidad, la toma de decisiones compartidas, etc.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar los estudios relacionados basándose en las palabras clave: Abnormal Pap smear, Abnormal Pap Test, Colposcopy, Cervical Intraepithelial Neoplasia, Cervical Intraepithelial lesions, Cervical Intraepithelial neoplasm, Cervical Dysplasia, Cervical Intraepithelial Neoplasia pregnancy, Uterine Cervical Neoplasms, Cervical cancer, Cervical carcinoma, Cervical cancer pregnancy.

En la estrategia de búsqueda utilizada para la incorporación de documentos bibliográficos basándose en las palabras clave, se utilizaron las siguientes bases de datos referenciales:

- * Med – Line (incluido Pre-Medline)
- * Cochrane Library
- * Trip-Database
- * National Institute for Health Clinical Excellence (NICE)
- * Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- * National Guideline Clearinghouse
- * CPG Infobase CMA

Para completar la información se consultaron las siguientes páginas webs:

- * Cancer Network
- * National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- * Nacional Cancer Institute
- * American Cancer Society
- * American Cancer Society of Colposcopy and Cervical Pathology
- * Sociedad Española de Ginecología (SEGO)
- * Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPPC)
- * Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Para determinar la calidad de la evidencia, se utilizaron herramientas específicas para cada tipo de estudio (AGREE, CASPe, SIGN, Osteba). La elaboración de las recomendaciones ha seguido el sistema CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford) puede consultarse en: <http://cebm.net/>, tomando la Oncoguía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ⁽¹¹⁾ como base para referenciar los niveles de evidencia y grados de recomendación. En aquellos parámetros para los que, con el sistema GRADE ⁽⁷⁻¹⁰⁾, no existe una clara recomendación o sugerencia, los datos se exponen en base a las recomendaciones establecidas en la bibliografía referenciada en este documento.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la elaboración del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix se encuentra disponible en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); a ellos puede acceder mediante el correo electrónico: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es.