

CÁNCER DE VULVA, VAGINA Y CÉRVIX EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años.

CÁNCER DE VULVA, VAGINA Y CÉRVIX EN LA COMUNIDAD DE MADRID. INCIDENCIA 2018-2020 Y SUPERVIVENCIA A 1, 3 Y 5 AÑOS

Índice

Resumen.....	3
Listado de acrónimos.....	4
1. Introducción.....	5
2. Material y métodos	6
3. Resultados	8
3.1. Indicadores de calidad	8
3.2. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid .	9
3.3 Características de las pacientes cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación en la Comunidad de Madrid.....	11
3.4. Incidencia del cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid.....	13
3.5. Supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid	14
3.5.1. Supervivencia global de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid.....	14
3.5.2. Supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix por características sociodemográficas en la Comunidad de Madrid	15
3.5.3. Supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix por características tumorales en la Comunidad de Madrid.....	16
3.5.4. Análisis de supervivencia del cáncer de vulva, vagina y cérvix por resumen de extensión y nivel de privación en la Comunidad de Madrid	17
4. Discusión y conclusiones.....	18
5. Bibliografía.....	20
6. Índice de tablas y gráficos	23
7. Anexos	26

Resumen

Antecedentes y objetivos: Los cánceres ginecológicos son un conjunto de tumores que afectan al aparato genito-urinario femenino. Dentro de este grupo de tumores, los cánceres de vulva, vagina y cérvix comparten su relación con un relevante factor de riesgo, la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH). Por ello, al existir una vacuna disponible, se considera que un alto porcentaje de estos tumores son prevenibles. Por otro lado, este grupo de cánceres engloban numerosas entidades de diferentes características, desde el punto de vista epidemiológico y clínico. Conocer dichas diferencias es de vital importancia para mejorar su prevención, diagnóstico precoz y para un tratamiento adecuado. En Europa, en 2022, la incidencia de este grupo de tumores, en conjunto, fue de 12,6 casos por cada 100.000 mujeres. Este informe presenta un análisis de la incidencia del cáncer de vulva, vagina y cérvix en mujeres mayores de 20 años de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y características tumorales. Asimismo, se presentan estimadores de supervivencia a 1, 3 y 5 años tras el diagnóstico.

Métodos: Los datos se han obtenido del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). Se han incluido todos los casos incidentes (primarios) de cáncer de vulva, vagina y cérvix diagnosticados entre los años 2018 y 2020 en mujeres mayores de 20 años residentes en la Comunidad de Madrid. Se realizó un estudio descriptivo de las características de los tumores diagnosticados, mediante frecuencias relativas y absolutas por tipo de tumor, resumen de extensión al diagnóstico y nivel de privación socioeconómica. Se calcularon tasas brutas (TB), tasas específicas (TEE) por grupos quinquenales de edad y tasas ajustadas por población europea (TA-E), por resumen de extensión y por nivel de privación socioeconómica. Finalmente, se calculó la supervivencia observada y neta a 1, 3 y 5 años, globalmente y de forma separada para cada tipo de tumor y variables de interés.

Resultados: Entre los años 2018 y 2020 se diagnosticaron un total de 948 casos de los tumores incluidos en este estudio (227 de cáncer de vulva, 38 de vagina y 683 de cérvix). El 60% de los tumores se diagnosticaron en mujeres menores de 65 años. La edad media de las pacientes con cáncer de vulva y vagina (75 y 72 años, respectivamente) fue muy superior a la de las pacientes con cáncer de cérvix (54 años). El 36% de las pacientes residían en áreas de nivel de privación alta. La morfología más frecuente en los tres tumores fue el carcinoma escamoso (66%) y el grado de diferenciación más frecuente fue moderado (G-II), en un 31% de los casos. La mayor parte de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios iniciales (60%). Por niveles de privación, la proporción de tumores metastásicos era mayor en las mujeres de mayor nivel de privación (Q3: 12% vs Q1: 7%).

La tasa bruta de incidencia fue de 2,7 casos por 100.000 mujeres para el cáncer de vulva, 0,5 casos por 100.000 para el cáncer de vagina y 8 casos por 100.000 para el cáncer de cérvix. La tasa de incidencia específica por edad (TEE) mostraba un aumento exponencial según aumentaba la edad para el cáncer de vulva y vagina. Las tasas de cáncer de cérvix fueron mayores en el grupo de 60-64 años y aumentaron con el índice de privación.

La supervivencia neta (SN) al quinto año del diagnóstico fue muy superior en las mujeres con cáncer de cérvix que aquellas con cáncer de vulva o vagina, con una diferencia de 15 puntos. Para el cáncer de vulva/vagina, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por grupos de edad (menor en el grupo de mayor edad) y por resumen de extensión, mientras que para el cáncer de cérvix se encontraron diferencias por grupos de edad, nivel de privación, grado de diferenciación y resumen de extensión, evidenciando menor supervivencia en el grupo de edad mayores de 80 años, en mujeres con mayor nivel de privación, los tumores de bajo grado de diferenciación histológica y los tumores metastásicos.

Conclusiones: El cáncer de vulva, vagina y cérvix en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid presenta tasas de incidencia similares respecto a otros registros de cáncer del entorno. La mayoría de los tumores diagnosticados eran carcinomas escamosos, con grado de diferenciación intermedio (G-II) y extensión localizada. Por grupos de edad, el cáncer de vulva y vagina afecta principalmente a mujeres mayores de 80 años, mientras que el de cérvix afecta principalmente a mujeres menores de 65 años. Los datos de supervivencia estimados para las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix se asemejan a los descritos a nivel europeo. Estos datos reflejan la relevancia de mantener la vigilancia epidemiológica

del cáncer como herramienta de utilidad a la hora de planificar y evaluar las políticas de salud pública en la Comunidad de Madrid.

Listado de acrónimos

- CIE-O-3.1: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición, primera revisión.
- CM: Comunidad de Madrid.
- DCI: Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*).
- DCO: Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*).
- DT: desviación típica.
- ENCR: Red Europea de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *European Network of Cancer Registries*).
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- HR: Hazard ratio, cociente de riesgo instantáneo.
- IACR: Asociación Internacional de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Association of Cancer Registries*).
- IARC: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Agency for Research on Cancer*).
- IC95%: Intervalo de confianza al 95%.
- IP2011: Índice de Privación 2011 de la Sociedad Española de Epidemiología.
- N/A: No aplica.
- NE: No especificado/a.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- RAE-CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- RECAM: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid.
- REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer.
- SAI: Sin otra indicación (por sus siglas en latín, *Sine Alter Indicatio*).
- SN: Supervivencia neta.
- SN – E: Supervivencia neta estandarizada.
- SO: Supervivencia observada.
- TA-E: Tasa de incidencia ajustada por población estándar europea (2013).
- TB: Tasa de incidencia bruta (o cruda).
- TEE: Tasa de incidencia específica por grupo de edad.
- VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.
- VPH: Virus del papiloma humano.

1. Introducción

El cáncer es un conjunto de enfermedades con un gran impacto individual y social en todas las regiones del mundo, independientemente de su nivel de renta. Según las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo en 2022 se diagnosticaron cerca de 20 millones de casos nuevos en el mundo, y se produjeron 9,7 millones de defunciones por cáncer (1,2). El cáncer supone la primera o segunda causa de muerte prematura en la mayor parte de los países del mundo (3).

Los cánceres ginecológicos son un grupo de tumores que afectan al aparato genito-urinario femenino, incluyendo vulva, vagina, cuello de útero, cuerpo de útero y ovario. Entre ellos, los cánceres de vulva, vagina y cuerpo de útero (cérvix) suelen estudiarse en conjunto, dado que desde el punto de vista de la etiología todos ellos están relacionados con la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH).

En Europa, la incidencia de cáncer de vulva, vagina y cérvix en conjunto fue de 12,6 casos por 100.000 mujeres en 2022, siendo el más frecuente de ellos el cáncer de cérvix, con una incidencia estimada de 10,6 casos por 100.000 mujeres, seguido del cáncer de vulva (1,7 casos por 100.000 mujeres) (1). En España, las estimaciones más recientes elaboradas por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) indican que a lo largo del año 2025 se diagnosticarán más de 2.307 cánceres primarios de cérvix, lo que corresponde con una tasa de incidencia ajustada de 8,4 casos por 100.000 mujeres (4). En cuanto a la mortalidad, 5.275 mujeres fallecieron por algún cáncer ginecológico en España en 2023, de las cuales el 21,9% fallecieron por cáncer de vulva, vagina o cérvix, lo que supone un 2,6% del total de fallecimientos por cáncer en mujeres (5).

Como en muchos tumores, la etiología de los tumores ginecológicos es multifactorial. En el caso de los cánceres de cérvix, vulva y vagina, la mayor parte de los tumores están asociados a la infección crónica por VPH.

Se conocen más de 200 subtipos de VPH, y hasta 12 de ellos han sido reconocidos como carcinógenos del Grupo 1 por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (<https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications/>, (6)). La infección por un virus oncogénico (o de alto riesgo) puede dar lugar a una infección persistente, que aumenta el riesgo de aparición de verrugas o condilomas anogenitales, así como de lesiones precancerosas y de cáncer de vulva, vagina y cérvix (7–10). Sin embargo, sólo una pequeña proporción de las mujeres infectadas por VPH de alto riesgo desarrollará lesiones precancerosas y cáncer. Algunos autores estiman que globalmente el 85% de las mujeres se infectan de VPH en algún momento de su vida, aunque sólo un 1,4% desarrollará un cáncer de cérvix (11). La baja incidencia y falta de datos para cáncer de vulva y vagina limita realizar dicha estimación para esos tumores.

Afortunadamente, al existir vacunas disponibles frente al VPH, los tumores relacionados con los VPH de alto riesgo se consideran prevenibles, siendo especialmente relevante el desarrollo de estrategias de prevención del cáncer de cérvix, por ser el más frecuente de este grupo y su elevada carga de enfermedad en las mujeres de todo el mundo. En este contexto, en 2020 la OMS presentó una estrategia global de eliminación del cáncer de cérvix cuyo objetivo es alcanzar y mantener una incidencia de cáncer de cérvix inferior a 4 casos por 100.000 mujeres para 2030. Para alcanzar dicha meta, se plantearon los siguientes objetivos: 90% de las niñas vacunadas antes de los 15 años, el 70% de las mujeres examinadas mediante prueba de detección precoz antes de los 35 años y el 90% de las mujeres con lesiones precancerosas y/o con cáncer invasivo en tratamiento (12).

En la Comunidad de Madrid (CM), la prevención primaria mediante vacunación frente a VPH se inició en el año 2008 mediante la introducción en el calendario de vacunación infantil de la vacuna frente al VPH para niñas de 14 años de edad (cohorte del año 1994), adelantándose a los 12 años en el año 2015 (13) y ampliándose a varones de 13 a 18 años en el año 2024 (14).

Por otro lado, en relación con la prevención secundaria, el cáncer de cérvix cumple los criterios para el desarrollo de programas de cribado poblacional. En España, desde el año 2019, el programa de cribado de cáncer de cérvix está incluido en la cartera de servicios que se desarrollan en todas las Comunidades Autónomas (15), aunque este cribado ya se venía realizando de manera oportunista desde hace décadas. En la CM, el Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix (CERVICAM) se está implantando de forma progresiva en las distintas zonas sanitarias de la Comunidad de Madrid desde el año 2019 (16).

Además, se han estudiado otros cofactores que, junto con el VPH, aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, como son el consumo de tabaco, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, el uso de drogas inmunosupresoras o las dietas bajas en micronutrientes. Algunos factores reproductivos y de comportamiento, como el uso de métodos anticonceptivos hormonales, la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y la multiparidad, también han sido estudiados como posibles cofactores relacionados con un mayor riesgo de desarrollar cáncer (17).

La finalidad de este informe es proporcionar datos de incidencia y de supervivencia de los nuevos casos de cáncer de vulva, vagina y cérvix en las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, describir las características de estos tumores desde el punto de vista patológico y clínico, y ayudar así a la evaluación y planificación de los recursos de prevención. Para ello, se han analizado los datos del Registro Poblacional de Cáncer desarrollado en la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que recoge información sobre todos los nuevos casos de cáncer que se diagnostican en la población que reside en la región. En este trabajo se presenta la incidencia de los cánceres de vulva, vagina y cérvix en mujeres mayores de 20 años residentes en la CM en un periodo de tres años (2018, 2019 y 2020), y la supervivencia a 1, 3 y 5 años.

2. Material y métodos

Los datos analizados en este informe proceden del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). El RECAM recoge información sobre todos los casos incidentes (primarios) de cáncer diagnosticados a la población que reside en la CM. Se considera tumor primario aquel que se origina en un lugar y/o tejido inicial, sin tratarse de una extensión, recurrencia ni metástasis (18). Para este trabajo se seleccionaron todas las pacientes mayores de 20 años de edad con un diagnóstico de cáncer de vulva, vagina o cérvix realizado entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020. Se realizó un seguimiento del estado vital de las pacientes estudiadas hasta el 31 de diciembre de 2023.

Por su carácter poblacional, el RECAM cuenta con varias fuentes de información para la identificación de los casos, incluyendo el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) de hospitales públicos y privados, la base de datos de Atención Primaria y las bases de datos de mortalidad de la CM. La información contenida en dichas fuentes es procesada y combinada para la obtención de una serie de casos posibles, que posteriormente son revisados manualmente a través de la consulta en la historia clínica informatizada. La metodología de trabajo del RECAM es la recomendada por la Red Europea de Registros de Cáncer (en inglés – *European Network of Cancer Registries* – ENCR –) (19,20) y la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC – *International Agency for Research on Cancer*) para los registros poblacionales de cáncer. Una de las características que mejor define a los Registros de Cáncer de Base Poblacional es su capacidad para referir los casos incidentes a una población de referencia (la población a riesgo). En el RECAM la población de referencia es el conjunto de personas que residen en la CM, considerando como residente a todos aquellos que llevan al menos 6 meses residiendo en la región. Por este criterio, se han excluido del registro aquellas pacientes que no lleven residiendo en la CM al menos 6 meses, utilizándose como indicador el estar de alta en la base de datos de tarjeta sanitaria al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Para cada nuevo caso, se recoge información acerca de las variables básicas definidas a nivel internacional como imprescindibles para los registros de cáncer de base poblacional, incluyendo la fecha de incidencia, la topografía (localización y sub-localización primaria), la morfología (histología del tumor primario), el grado de diferenciación histológica, el comportamiento y la base de diagnóstico. La información relativa a los diagnósticos de cáncer se codifica siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, en su versión 3.1 (CIE-O-3.1) (21). En este trabajo se incluyen únicamente los casos con código topográfico “C51.”, “C52.” y “C53.” invasivos (comportamiento /3).

Adicionalmente, como parte de las variables denominadas de alta resolución, se recogió información relativa al estadio al diagnóstico, siguiendo las indicaciones de la Clasificación FIGO (2018) – Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia – para cada tumor ginecológico (22–24) y el resumen de

extensión, correspondiendo los estadios I y II a tumores localizados; los estadios III-IVA, a tumores regionales; y el estadio IVB, a tumores metastásicos.

Asimismo, para estudiar la posible relación entre el nivel socioeconómico y los indicadores epidemiológicos estudiados, se usó el Índice de Privación 2011 (IP2011) calculado por la Sociedad Española de Epidemiología. El IP2011 es un indicador sintético que combina los datos de seis variables recogidas en el Censo de Población y Viviendas de España de 2011 y estima el grado de privación socioeconómica de la población residente en cada sección censal del Estado Español. Las variables utilizadas en el cálculo del IP2011 son: porcentaje de población trabajadora manual, porcentaje de población trabajadora eventual, porcentaje de población en desempleo, porcentaje de población con instrucción insuficiente, porcentaje de población joven con instrucción insuficiente y porcentaje de viviendas principales sin acceso a Internet (25). A cada una de las pacientes se le asigna el nivel de privación de la sección censal en la que reside, habiendo georreferenciado previamente la dirección postal registrada en la tarjeta sanitaria en los 6 meses previos al diagnóstico. Para este trabajo se calcularon los terciles del IP2011 correspondiente a las secciones censales de la CM (Q1: nivel de privación bajo, Q2: nivel de privación intermedio, Q3: nivel de privación alto).

Tras la validación de los casos de cáncer de vulva, vagina o cérvix, se evaluó la coherencia interna y la validez de los datos usando la herramienta IARCTools, diseñada para detectar combinaciones de códigos topográficos-morfológicos poco probables o inverosímiles, entre otras verificaciones (26). Posteriormente se calcularon varios indicadores de calidad propuestos por la IARC (27): el porcentaje de tumores de vulva, vagina y/o cérvix diagnosticados con confirmación microscópica; el porcentaje de casos con base de diagnóstico desconocida; el porcentaje de casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (en inglés *Death Certificate Initiated* – DCI –); el porcentaje de casos identificados únicamente por el certificado de defunción (en inglés *Death Certificate Only* – DCO –); así como la proporción de casos denominados “No específicos” (8000 – Neoplasia).

Por último, se actualizó el estado vital de las pacientes a día 31 de diciembre de 2023 mediante el Índice Nacional de Defunciones (INDEF) (28), el cual contiene información de todas las personas fallecidas e inscritas en alguno de los Registros Civiles del Estado Español, sin detalle de la causa de fallecimiento. Todas las personas que no fueron identificadas en la base de datos de mortalidad, en el INDEF, con baja por defunción en tarjeta sanitaria, o *éxitus* en la revisión de la historia clínica se consideraron vivas al final del periodo de seguimiento (31/12/2023).

Se realizó el estudio descriptivo de las variables recogidas por el RECAM mediante el cálculo de frecuencias relativas y absolutas, por tipo de tumor, resumen de extensión y nivel de privación. Se calcularon las tasas brutas (TB) por 100.000 mujeres y las tasas específicas (TEE) para los grupos de edad de 20-34, 35-49, 50-64, 65-79, 80 años o más. El numerador corresponde al número de casos nuevos de cáncer de vulva, vagina o cérvix en mujeres en el grupo de edad correspondiente y el denominador se obtuvo del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (29) a 1 de julio de 2018, 2019 y 2020 desagregado para esos mismos rangos de edad. Finalmente, se calcularon las tasas ajustadas (TA-E) por edad según la población estándar europea (2013) que permiten la comparación con otros registros. Así mismo, se calcularon las TB, TEE y TA-E por resumen de extensión al diagnóstico y niveles de privación (Q1-Q3).

Se realizó el análisis de supervivencia a 1,3 y 5 años empleando el método completo para definir los años de diagnóstico. Se calculó la curva de supervivencia observada (SO) mediante el método Kaplan – Meier y el test log-rank para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre grupos para el cáncer de vulva/vagina y cáncer de cérvix. Con el fin de ajustar la supervivencia a la probabilidad de sobrevivir al cáncer en ausencia de otras causas de muerte, se estimó la supervivencia neta (SN) y la supervivencia neta estandarizada (SN-E) utilizando el estimador Pohar-Perme (29), usando las tablas de vida estratificadas por sexo, edad y periodo de la CM. Se calculó la SN-E utilizando la ponderación reglada por el ICSS1 (de sus siglas en inglés, *International Cancer Survival Standard*) para el cáncer de vulva/vagina y el ICSS2 para el cáncer de cérvix (31). Se realizó el estudio de supervivencia estratificado por grupos de edad (20-34, 35-49, 50-64, 65-79, 80 años o más), nivel de privación, grado de diferenciación histológica y resumen de extensión al diagnóstico para los cánceres de vulva/vagina y para el cáncer de cérvix.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata (STATA/BE versión 18.0).

3. Resultados

Entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020 se registraron 948 casos de cáncer de vulva, vagina y de cérvix en mujeres de 20 o más años de edad residentes en la CM.

3.1. Indicadores de calidad

En primer lugar, se muestra un análisis de calidad de los datos. En la **Tabla 1** se presentan los indicadores de calidad calculados para cada tipo de cáncer y los valores de referencia esperados propuestos por la ENCR y la IARC.

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer invasivo de vulva, vagina y cérvix en el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	Rango esperado	Resultado observado vulva	Resultado observado vagina	Resultado observado cérvix	Resultado observado total
Validación microscópica	>85%	94,7%	92,1%	97,2%	96,4%
Base de diagnóstico desconocida	N/A	1,8%	2,6%	2,2%	2,1%
Proporción de casos DCI*	N/A	5,3%	7,9%	2,5%	3,4%
Proporción de casos DCO**	<5%	0,9%	2,6%	1,3%	1,3%
Proporción de casos no especificados (NE)***	<10%	5,7%	7,9%	2,9%	3,8%

* DCI – Casos identificados inicialmente por el certificado de defunción (*Death Certificate Initiated*)

** DCO – Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (*Death Certificate Only*)

*** NE – Se consideraron casos “No Específicos” los tumores registrados con un código morfológico 8000/3

N/A – No aplica

Todos los indicadores se encuentran dentro de los rangos de referencia y son similares a los indicadores proporcionados por otros registros de cáncer de base poblacional españoles (32).

Globalmente, el 96,4% (N=914) de los tumores presentaron confirmación microscópica. De estos, el 97,5% (N=891) fue diagnosticado con una histología del tumor primario, el 0,3% (N=3) por histología de una metástasis y el 0,8% (N=7) por citología. En el 2,1% (N=20) de todos los casos se desconoce la base de diagnóstico. El 3,8% de todos los casos (N=36) fueron registrados con un código de morfología inespecífico (8000/3).

Por tipo de tumor, todos ellos presentaron un alto porcentaje de casos con confirmación microscópica, superior al 90%, siendo el cáncer de cérvix el que presentó el mayor porcentaje (con un 97,2% de tumores con validación microscópica). Por otro lado, la proporción de casos con base de diagnóstico desconocida fue muy baja en los tres tumores, inferior al 3%, así como la proporción de casos DCO (también inferior al 3% en los tres tumores). Asimismo, la proporción de casos con morfología no especificada (8000/3) fue inferior al 10% en los tres tumores, siendo la más alta la correspondiente al cáncer de vagina (N=3; 7,9%).

3.2. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid

La **Tabla 2** muestra las características de las 948 pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix incluidas en el estudio. El cáncer más frecuente fue el de cérvix (N=683 tumores, 72%), seguido del cáncer de vulva (N=227, 24%) y el de vagina (N=38, 4%).

Para el cáncer de **vulva**, la media de edad al diagnóstico fue de 75,5 años (DT: 13,9). El número de casos registrados aumentó notablemente conforme lo hacía la edad, siendo el grupo de 80 años o más donde se registraron el 47,1% de los tumores (N=107), y el segundo el de 65 a 79 años, con el 29,5% de los tumores (N=67). La morfología más frecuente fueron los carcinomas escamosos (N=157, 69,2%), y el 25,6% de los tumores presentaron un grado de diferenciación histológico intermedio (G2). En relación con la extensión del tumor en el momento del diagnóstico, cabe destacar que el 56,4% de los cánceres de vulva estaban localizados en el momento del diagnóstico. Por otro lado, sólo un 5,3% de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico. El 34,8% de las pacientes con cáncer de vulva fueron clasificadas con bajo nivel de privación (Q1), frente al 33,5% de pacientes que fueron clasificadas con alto nivel de privación (Q3).

En cuanto al cáncer de **vagina**, la media de edad al diagnóstico fue de 71,8 años (DT: 15,2). El 73,7% de los tumores se diagnosticaron en mujeres de 65 o más años, y el grupo de edad en el que se diagnosticaron la mayor parte de los tumores fue el de mujeres de 80 años o más (N=15, 39,5%). La mayoría de los tumores (N=28, 73,7%) eran carcinomas escamosos, y presentaron un grado de diferenciación histológica intermedio (31,6%). En relación con la extensión en el momento del diagnóstico, los cánceres de vagina presentaron el menor porcentaje de tumores localizados en el diagnóstico de los tres tumores estudiados (47,4%), y el mayor porcentaje de tumores diagnosticados en estadio metastásico (15,8%). Con respecto al nivel de privación, el 31,6% de las pacientes con cáncer de vagina pertenecían al nivel de menor privación (Q1), y el 36,8% al nivel de mayor privación (Q3).

Del cáncer de **cérvix**, la media de edad al diagnóstico fue de 53,9 años (DT: 15,9). El grupo de 35-49 años fue donde se registró la mayor parte de los tumores (N=221, 32,4%), y el segundo el de 50 a 64 años (N=208, 30,5%). Sólo el 25,6% de los tumores se diagnosticaron en mujeres de 65 y más años. La morfología más frecuente en estos tumores también fue la de carcinoma escamoso (N=436, 63,8%), y la segunda en frecuencia fue la de adenocarcinoma (N=185, 27,1%). El 32,8% de los tumores presentaron un grado de diferenciación histológica intermedio (G-II). En comparación con los cánceres de vulva y vagina, los cánceres de cérvix presentaron el mayor porcentaje de tumores localizados en el momento del diagnóstico (62,5%), mientras que un 11,4% de los tumores fueron diagnosticados en estadio metastásico. La proporción de mujeres nacidas fuera de España fue del 32,4%. La proporción de casos de cáncer de cérvix aumenta en las pacientes de mayor nivel de privación, registrándose el 28% de los casos en el grupo de menor privación (Q1), frente al 37,3% en el grupo de mayor privación (Q3).

Los códigos morfológicos pertenecientes a cada grupo de clasificación se pueden consultar en el **Anexo 1**. El **Anexo 2** muestra la distribución de los tumores estudiados por estadio siguiendo la clasificación FIGO 2018, ampliamente utilizada en el proceso diagnóstico de los cánceres ginecológicos.

Tabla 2. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	Vulva	Vagina	Cérvix	Total
N	227 (23,9%)	38 (4,0%)	683 (72,0%)	948 (100,0%)
Edad media al diagnóstico (Desviación típica)	75,49 (13,865)	71,79 (15,150)	53,85 (15,913)	59,75 (18,096)
Edad al diagnóstico				
20-34 años	0 (0,0%)	0 (0,0%)	79 (11,6%)	79 (8,3%)
35-49 años	12 (5,3%)	5 (13,2%)	221 (32,4%)	238 (25,1%)
50-64 años	41 (18,1%)	5 (13,2%)	208 (30,5%)	254 (26,8%)
65-79 años	67 (29,5%)	13 (34,2%)	123 (18,0%)	203 (21,4%)
80 y más años	107 (47,1%)	15 (39,5%)	52 (7,6%)	174 (18,4%)
Morfología (CIE-O 3,1)				
Carcinomas escamosos	157 (69,2%)	28 (73,7%)	436 (63,8%)	621 (65,5%)
Carcinomas basocelulares	19 (8,4%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	20 (2,1%)
Adenocarcinomas	21 (9,3%)	4 (10,5%)	185 (27,1%)	210 (22,2%)
Otros carcinomas específicos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (2,2%)	15 (1,6%)
Melanomas	16 (7,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (1,7%)
Sarcomas	1 (0,4%)	2 (5,3%)	9 (1,3%)	12 (1,3%)
Morfología no específica	13 (5,7%)	4 (10,5%)	37 (5,4%)	54 (5,7%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3,1)				
Grado I, Bien diferenciado	53 (23,3%)	4 (10,5%)	92 (13,5%)	149 (15,7%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	58 (25,6%)	12 (31,6%)	224 (32,8%)	294 (31,0%)
Grado III, Pobremente diferenciado	17 (7,5%)	4 (10,5%)	151 (22,1%)	172 (18,1%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	0 (0,0%)	1 (2,6%)	4 (0,6%)	5 (0,5%)
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	99 (43,6%)	17 (44,7%)	212 (31,0%)	328 (34,6%)
Resumen de extensión				
Localizado (Estadios I y II)	128 (56,4%)	18 (47,4%)	427 (62,5%)	573 (60,4%)
Regional (Estadios III y IVA)	53 (23,3%)	10 (26,3%)	132 (19,3%)	195 (20,6%)
Metástasis (Estadio IVB)	12 (5,3%)	6 (15,8%)	78 (11,4%)	96 (10,1%)
Desconocido	34 (15,0%)	4 (10,5%)	46 (6,7%)	84 (8,9%)
País de nacimiento (por regiones)				
España	211 (93,0%)	30 (78,9%)	462 (67,6%)	703 (74,2%)
África	4 (1,8%)	1 (2,6%)	9 (1,3%)	14 (1,5%)
Asia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (2,2%)	15 (1,6%)
Europa	4 (1,8%)	2 (5,3%)	69 (10,1%)	75 (7,9%)
América	6 (2,6%)	5 (13,2%)	122 (17,9%)	133 (14,0%)
Desconocido	2 (0,9%)	0 (0,0%)	6 (0,9%)	8 (0,8%)
Nivel de privación - terciles IP2011				
Q1 (nivel de privación bajo)	79 (34,8%)	12 (31,6%)	191 (28,0%)	282 (29,7%)
Q2 (nivel de privación intermedio)	72 (31,7%)	12 (31,6%)	237 (34,7%)	321 (33,9%)
Q3 (nivel de privación alto)	76 (33,5%)	14 (36,8%)	255 (37,3%)	345 (36,4%)

3.3. Características de las pacientes cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación en la Comunidad de Madrid

La **Tabla 3** muestra las características del total de pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación, y el **Anexo 3** presenta las características de las pacientes por nivel de privación, desagregadas para cada uno de las localizaciones.

Aunque existen algunas diferencias en las distribuciones de las características tumorales por nivel de privación, únicamente se encuentran diferencias estadísticas significativas por nivel de privación en el resumen de extensión (p-valor<0,05).

Tabla 3. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix, por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

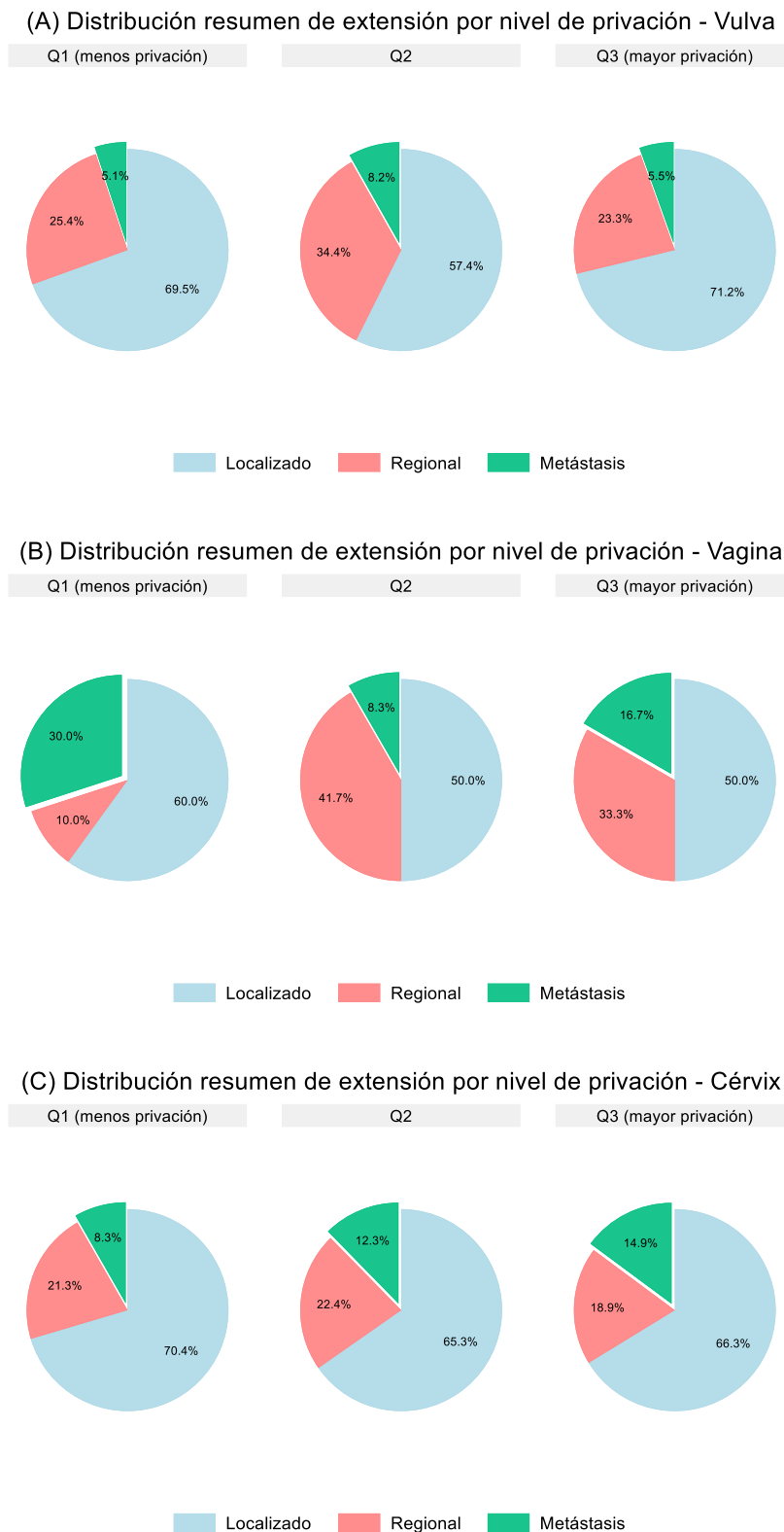
	Nivel de privación - IP2011			p-valor*
	Q1 (menor privación)	Q2	Q3 (mayor privación)	
N	282 (29,7%)	321 (33,9%)	345 (36,4%)	
Edad al diagnóstico (Desviación típica)	60,85 (18,33)	59,26 (18,47)	59,31 (17,56)	0,511
Grupos de edad				0,347
20-34 años	19 (6,7%)	33 (10,3%)	27 (7,8%)	
35-49 años	69 (24,5%)	85 (26,5%)	84 (24,3%)	
50-64 años	75 (26,6%)	72 (22,4%)	107 (31,0%)	
65-79 años	66 (23,4%)	71 (22,1%)	66 (19,1%)	
80 y más años	53 (18,8%)	60 (18,7%)	61 (17,7%)	
Morfología (CIE-O 3,1)				0,694
Carcinomas escamosos	177 (62,8%)	208 (64,8%)	236 (68,4%)	
Carcinomas basocelulares	6 (2,1%)	6 (1,9%)	8 (2,3%)	
Adenocarcinomas	62 (22,0%)	77 (24,0%)	71 (20,6%)	
Otros carcinomas específicos	7 (2,5%)	4 (1,2%)	4 (1,2%)	
Melanomas	4 (1,4%)	4 (1,2%)	8 (2,3%)	
Sarcomas	4 (1,4%)	4 (1,2%)	4 (1,2%)	
Morfología no específica	22 (7,8%)	18 (5,6%)	14 (4,1%)	
Grado de diferenciación (CIE-O-3,1)				0,339
Grado I, Bien diferenciado	43 (15,2%)	63 (19,6%)	43 (12,5%)	
Grado II, Moderadamente diferenciado	83 (29,4%)	98 (30,5%)	113 (32,8%)	
Grado III, Pobremente diferenciado	47 (16,7%)	57 (17,8%)	68 (19,7%)	
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	2 (0,7%)	1 (0,3%)	2 (0,6%)	
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	107 (37,9%)	102 (31,8%)	119 (34,5%)	
Resumen de extensión				<0,001
Localizado (Estadios I y II)	166 (58,9%)	184 (57,3%)	223 (64,6%)	
Regional (Estadios III y IVA)	52 (18,4%)	75 (23,4%)	68 (19,7%)	
Metástasis (Estadio IVB)	20 (7,1%)	33 (10,3%)	43 (12,5%)	
Desconocido	44 (15,6%)	29 (9,0%)	11 (3,2%)	

* Kruskal-wallis test: edad al diagnóstico

* Chi-cuadrado test: grupos de edad, morfología, grado de diferenciación y resumen de extensión

El **Gráfico 1** muestra la distribución del resumen de extensión para cada una de las localizaciones de cáncer (vulva, vagina y cérvix) por nivel de privación.

Gráfico 1. Distribución del resumen de extensión del cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



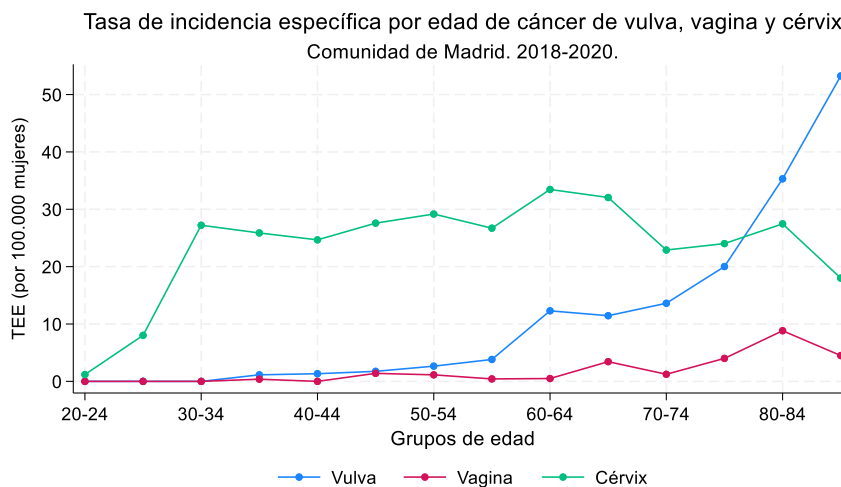
* Localizado: Estadios I y II; Regional: Estadios III y IVA; Metástasis: Estadio IVB

3.4. Incidencia del cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid

En conjunto de los tres tumores, la tasa bruta (TB) de incidencia corresponde a 11,1 casos por cada 100.000 mujeres, y la tasa de incidencia ajustada por edad fue de 10,8 casos por 100.000 mujeres (IC95%: 10,3 - 11,3). El cáncer de cérvix mostró las tasas de incidencia más elevadas, siendo la tasa estandarizada de 7,9 (IC95%: 7,3-8,5), por delante de los cánceres de vulva y vagina, con tasas estandarizadas de 2,7 y 0,5 casos por 100.000 mujeres, respectivamente (**Anexo 4**).

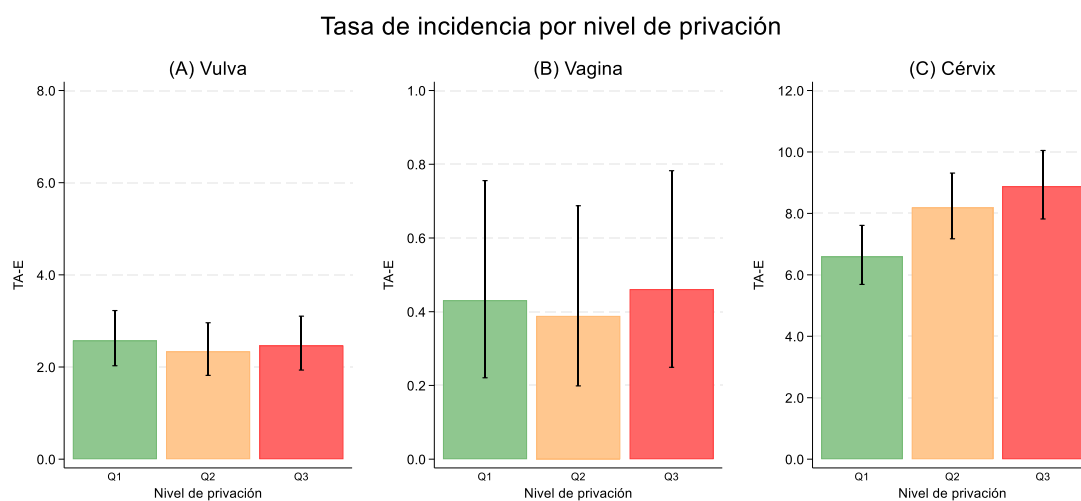
El **Gráfico 2** muestra las tasas específicas por edad (TEE) para los tres tumores estudiados. El cáncer de cérvix se presenta en edades tempranas, alcanzando cifras superiores a los 25 casos por 100.000 a partir de los 30 años, mientras que los cánceres de vulva y vagina son muy poco frecuentes por debajo de los 60 años. Por encima de los 60 años, la incidencia de cáncer de cérvix disminuye, y la de cáncer de vagina se mantiene muy baja, mientras que el cáncer de vulva presenta un incremento exponencial a partir de los 70 años.

Gráfico 2. Tasas de incidencia específicas por edad (por 100.000 mujeres) para el cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



El **Gráfico 3** y el **Anexo 4** muestra las tasas de incidencia de los tres tumores estudiados por nivel de privación. En el caso de los cánceres de vulva y vagina, la tasa de incidencia no varía significativamente en función del nivel de privación. En las pacientes con cáncer de cérvix, sin embargo, las tasas aumentan a mayor nivel del índice de privación.

Gráfico 3. Tasa de incidencia ajustada (por 100.000 habitantes) de cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



TA-E: Tasa de incidencia ajustada por población Europea (2013).
Q1: menor nivel de privación | Q3: mayor nivel de privación

3.5. Supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid

De los 948 casos diagnosticados entre los años 2018-2020 de cáncer de vulva, vagina y cérvix, a día 31 de diciembre de 2023 habían fallecido 380 mujeres, 354 de ellas en los primeros 5 años tras el diagnóstico (144 con cáncer de vulva o vagina y 210 con cáncer de cérvix).

Para el análisis de supervivencia se excluyeron todos los casos identificados únicamente por el certificado de defunción (denominados DCO – *Death Certificate Only*) y los diagnosticados por autopsia. Se excluyeron 2 casos de cáncer de vulva, 1 caso de cáncer de vagina y 9 casos de cáncer de cérvix. El análisis se restringe al rango de edad 20-99 por imperativo del método, por lo que finalmente el análisis de supervivencia se realizó sobre 934 casos.

Para presentar los resultados, se decidió unificar los casos de vulva (N=224) y vagina (N=36), dado que presentan características descriptivas similares, y que el escaso número de casos de cáncer de vagina dificultaría la interpretación de los resultados. Los resultados detallados de supervivencia observada, neta y neta estandarizada del cáncer de vulva/vagina y cérvix desagregada por grupos de edad, nivel de privación, grado de diferenciación y resumen de extensión se encuentran en el **Anexo 5** y el **Anexo 6** Supervivencia global de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid.

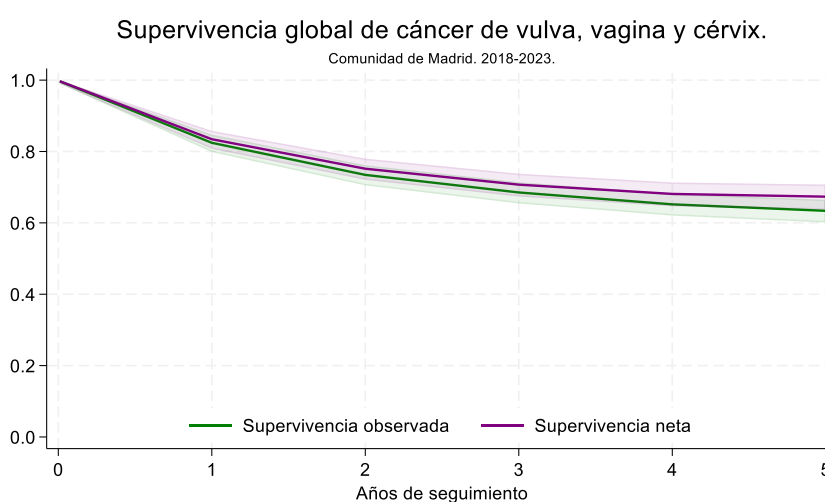
En conjunto, la supervivencia observada (SO) global tras el diagnóstico de un cáncer de vulva, vagina y/o cérvix fue del 82,4% (IC95%: 79,9-84,7) en el primer año tras el diagnóstico y del 63,4% (IC95%: 60,1-66,5) al quinto año (Tabla 4 y **Gráfico 4**). La supervivencia neta (SN), ajustada por otras causas de mortalidad, fue ligeramente superior a la observada (67,4%; IC%: 63,7-70,7) a los 5 años.

Tabla 4. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) de las pacientes con cáncer de vulva, vagina o cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2023 (n=934).

	n	1er año (N=770)		2º año (N=686)		3er año (N=640)		4º año (N=450)		5º año (N=226)	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
SO	934	82,4	79,9-84,7	73,5	70,5-76,2	68,5	65,4-71,4	65,2	62,0-68,2	63,4	60,1-66,5
SN	934	83,5	80,8-85,8	75,2	72,1-78,0	70,7	67,4-73,8	68,1	64,6-71,3	67,4	63,7-70,7

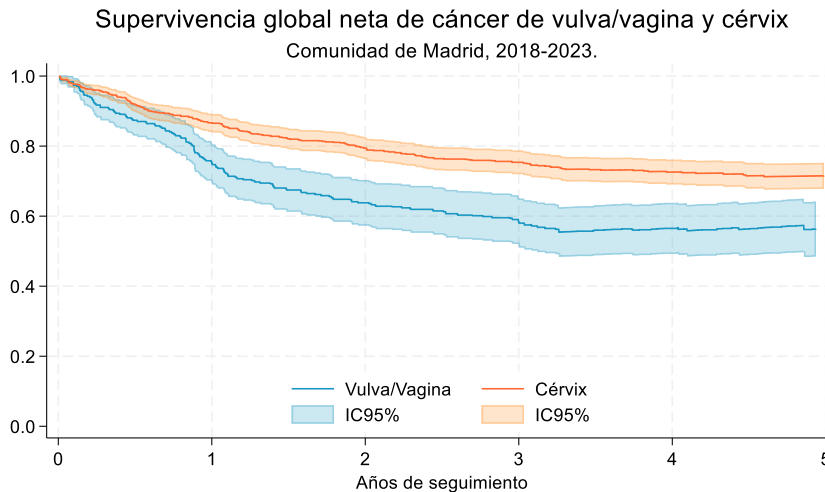
* Pacientes diagnosticadas en 2019 contribuyen en la supervivencia de 1 a 4 años, mientras que las pacientes diagnosticadas en 2020 contribuyen en la supervivencia de 1 a 3 años.

Gráfico 4. Supervivencia observada y neta de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2023.



Por tipo de tumor, el **Gráfico 5** muestra la supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva o vagina (agrupadas) y para las pacientes con cáncer de cérvix. La SN de las pacientes con cáncer de cérvix fue del 71,5% (IC95%: 67,6-75,1) al quinto año, mientras que la SN de las pacientes con cáncer de vulva/vagina fue del 56,4% (IC95%: 48,1-63,9) a los 5 años.

Gráfico 5. Supervivencia neta global de las pacientes con cáncer de vulva, vagina (n=260) y cérvix (n=674). Comunidad de Madrid, 2018-2023.

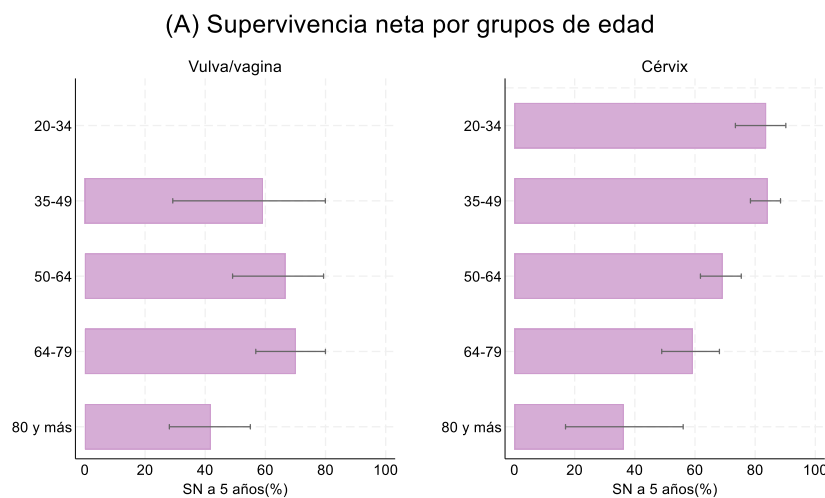


3.5.1. Supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix por características sociodemográficas en la Comunidad de Madrid

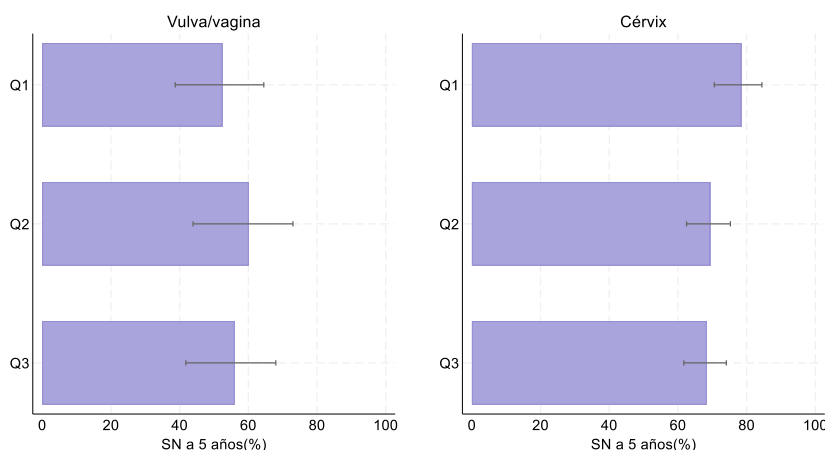
El **Gráfico 6A** presenta la supervivencia neta estratificada por grupos de edad. Se aprecia una disminución de la supervivencia en el grupo de mayor edad, tanto en las pacientes con cánceres de vulva/vagina como en las pacientes con cáncer de cérvix. En el **cáncer de cérvix**, la supervivencia de las pacientes con menos de 60 años fue superior al 80% a los 5 años: 83,6% en el grupo de 20-34 años (IC95%: 73,4-90,2) y 84,1% en el de 35-49 años (IC95%: 78,4-88,4).

Por nivel de privación (**Gráfico 6B**) no se aprecian diferencias en la SN de las pacientes con **cáncer de vulva/vagina**. En el caso del cáncer de cérvix, la SN estimada en las mujeres con mayor nivel de privación fue inferior a la SN en las mujeres con menor nivel de privación [77,1% (IC95%: 67,5-84,1) en las mujeres de Q1 vs. 65,5% (IC95%: 57,2-72,7) en mujeres de Q3].

Gráfico 6. Supervivencia neta de cáncer de vulva, vagina y cérvix por grupos de edad y nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2023.



(B) Supervivencia neta por nivel de privación



*Q1: nivel de privación bajo | Q3: nivel de privación alto

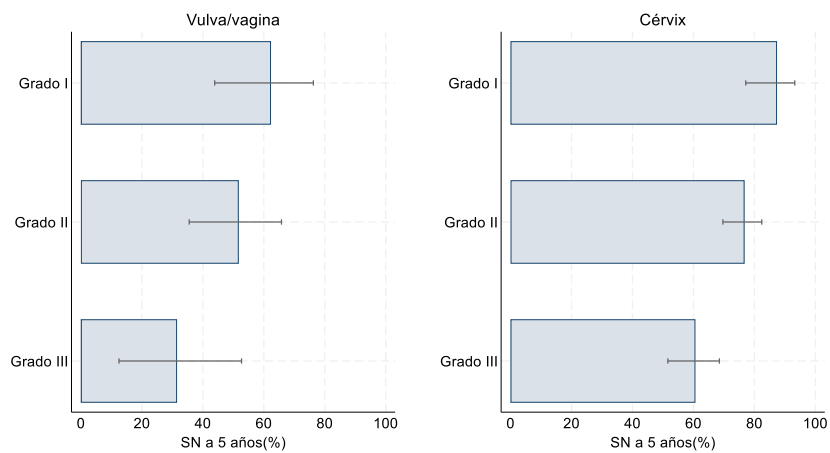
3.5.2. Supervivencia de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix por características tumorales en la Comunidad de Madrid

El **Gráfico 7A** muestra la SN de cáncer de vulva/vagina y cérvix por grado de diferenciación histológica y resumen de extensión. La SN por grado de diferenciación histológica mostró un descenso según el grado histológico tanto en el cáncer de vulva/vagina como en el cáncer de cérvix. En el caso del **cáncer de vulva/vagina**, aquellos tumores con grado de diferenciación I muestran una SN a 5 años de 62,3% (IC95%: 43,9-76,3), mientras que los tumores con un grado de diferenciación III muestran una supervivencia a 5 años del 31,5% (IC95%: 12,5-52,7). Para el **cáncer de cérvix** los tumores con grado de diferenciación I presentaron una supervivencia a 5 años de 87,4% (IC95%: 77,2-93,3), mientras que los tumores con un grado de diferenciación III mostraron una supervivencia a 5 años del 60,6% (IC95%: 51,6-68,5).

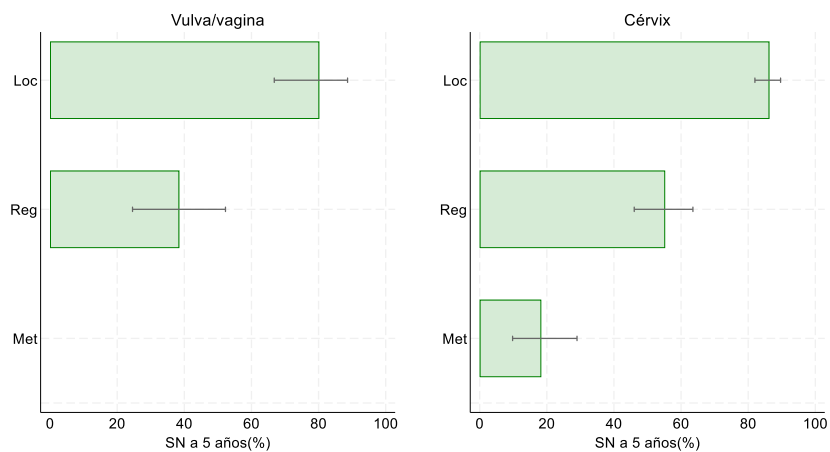
Por resumen de extensión, la supervivencia de tumores localizados en el momento del diagnóstico es de al menos el 80%, tanto para las pacientes con cáncer de vulva/vagina como con cáncer de cérvix. Los tumores con extensión regional tienen una supervivencia del 38,5% (IC95%: 24,6-52,3) y del 55,3% (IC95%: 46,0-63,5) para el cáncer de vulva/vagina y cérvix, respectivamente. El estadio metastásico (FIGO IVB) presentó la menor supervivencia a los 5 años, con una SN del 0% a los 5 años del diagnóstico en el cáncer de vulva/vagina, frente a un 18,4% (IC95%: 9,8-29,0) en el cáncer de cérvix (**Gráfico 7B**).

Gráfico 7. Supervivencia neta de cáncer de vulva/vagina y cérvix por grado de diferenciación histológica y resumen de extensión. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

(A) Supervivencia neta por grado de diferenciación histológica



(B) Supervivencia neta por resumen de extensión



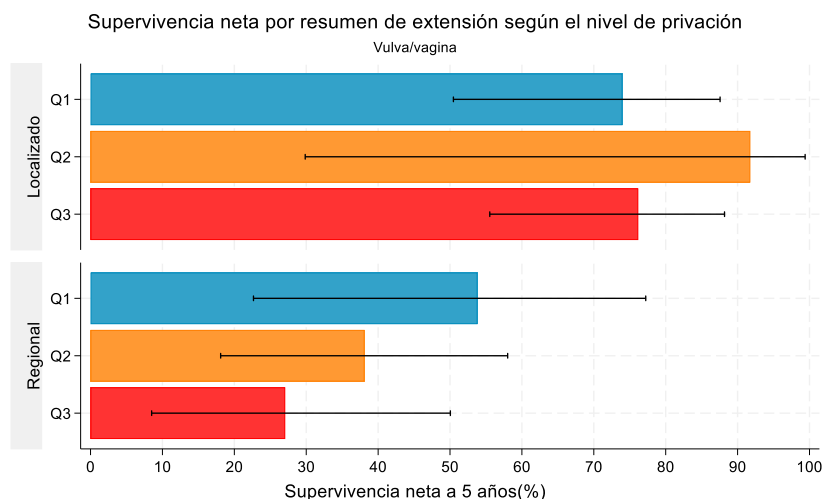
*Loc: Localizado | Reg: Regional | Met: Metástasis

3.5.3. Análisis de supervivencia del cáncer de vulva, vagina y cérvix por resumen de extensión y nivel de privación en la Comunidad de Madrid

Para profundizar en el análisis de supervivencia, se estimó la supervivencia neta a los 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix, de forma separada para cada categoría del resumen de extensión según los niveles de privación.

En el caso de las pacientes con **cáncer de vulva y vagina**, no se observó una variación significativa en la supervivencia de los tumores localizados entre los distintos niveles de privación. Mientras que, en los tumores regionales, se observó un descenso de la supervivencia entre las mujeres de menor privación y las de mayor privación [SN-Q1: 53,8% (IC95%: 22,7-77,2) vs. SN-Q3: 27,1% (IC95%: 8,5-50,1)] (**Gráfico 8**).

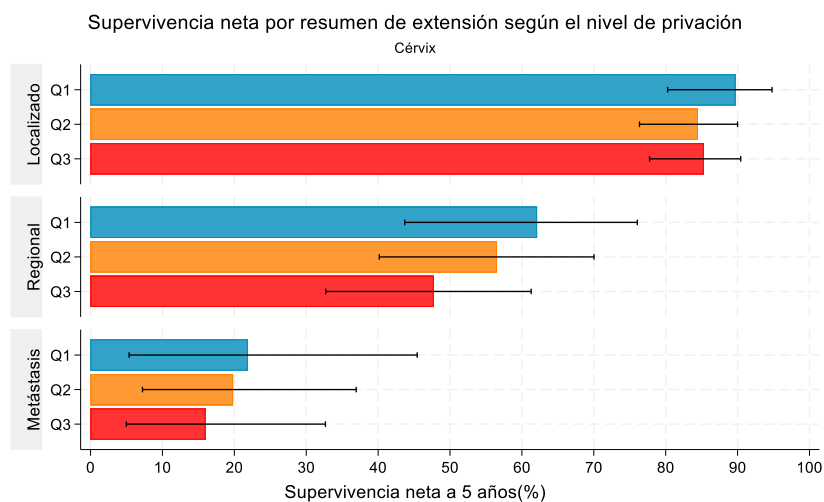
Gráfico 8. Supervivencia neta de cáncer de vulva y vagina por resumen de extensión según el nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2023.



*Q1: nivel de privación bajo | Q3: nivel de privación alto

En las mujeres con **cáncer de cérvix**, se observó un descenso no significativo en la SN a 5 años por nivel de privación. Este descenso es más notorio en los tumores regionales y en los metastásicos. En el caso de los tumores regionales, el descenso de la SN entre el nivel de privación Q1 y el nivel de privación Q3 fue del 14,4% [SN-Q1: 62,1% (IC9%:43,7-76,1) vs. SN-Q3: 47,7% (IC95%:32,7-61,3)]. La SN de los tumores metastásicos en el nivel de privación Q1 y el nivel de privación Q3 fue del 21,9% (IC95%: 5,4-45,4) y 16,0% (IC95%: 5,0-32,7), respectivamente (**Gráfico 9**).

Gráfico 9. Supervivencia neta de cáncer de cérvix por resumen de extensión según el nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2023.



*Q1: nivel de privación bajo | Q3: nivel de privación alto

4. Discusión y conclusiones

El actual informe aporta una visión amplia de las características y el perfil de población de la Comunidad de Madrid a la que afecta el cáncer ginecológico de vulva, vagina y cérvix en el periodo del 2018 al 2020, así como los datos de incidencia y de supervivencia a 1, 3 y 5 años del diagnóstico de estos tumores.

En total, se incluyeron en este trabajo 948 pacientes, siendo las tasas estandarizadas de 2,5, 0,4 y 7,9 casos por cada 100.000 mujeres para los cánceres de vulva, vagina y cérvix, respectivamente. Estas tasas son similares a las estimadas por el Sistema Europeo de Información en Cáncer (ECIS) para España (3,3,

0,7 y 7,8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente) (33) y a las descritas por otros registros internacionales (34–36). Asimismo, para las tres localizaciones, la incidencia tiende a descender, especialmente debido a la elevada cobertura vacunal de las cohortes posteriores al 1994. También en consonancia con lo recogido en la literatura (33,37–40), los cánceres de vulva y vagina registrados en la Comunidad de Madrid se diagnosticaron principalmente en mujeres mayores de 65 años, mientras que el 74% de las pacientes con cáncer de cérvix tenían menos de 65 años. Con respecto al nivel de privación, el cáncer de vulva fue más frecuente en mujeres de menor privación, mientras que el cáncer de cérvix fue más frecuente en mujeres con mayor privación, algo ya descrito en la literatura (38,39,41). En relación con las características histopatológicas, en los tres tumores la morfología más frecuente fue el carcinoma escamoso (65,5%), el grado de diferenciación intermedio (G-II) (31,0%) y la mayor parte se diagnosticaron en estadios iniciales (60,4% estaban localizados). Las características morfológicas de los tres tipos de cáncer son similares a las encontradas en otros estudios (36,42) y lo reconocido por la literatura (43,44). En relación con el resumen de extensión, se observó una mayor proporción de diagnósticos en estadio IV en mujeres con mayor nivel de privación.

La diferencia en la incidencia por grupos de edad y nivel de privación ha sido descrita previamente en otras poblaciones y es atribuida, en gran medida, a una mayor prevalencia de infección por VPH en mujeres jóvenes y con menor nivel socioeconómico (45–47). Esta asociación es crucial, dado que se estima que el 25% de los cánceres de vulva, el 78% de los de vagina y cerca del 100% de los de cérvix están asociados a dicha infección (48). Si bien es cierto que otros cofactores, como la multiparidad, el consumo de tabaco o la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual, también están relacionados con el nivel de privación (17,49), por lo que también podrían verse reflejadas en la incidencia entre los diferentes niveles de privación. Asimismo, las prácticas de prevención primaria y secundaria también son diferentes en mujeres de diferente nivel socioeconómico. A nivel internacional se ha descrito que las mujeres que residen en áreas de mayor nivel de privación presentan menores tasas de vacunación frente al VPH (50,51) y menor participación en programas de cribado (57), aumentando su riesgo de cáncer invasivo.

En relación con el análisis de supervivencia, nuestros resultados muestran una mejor supervivencia de las pacientes con cáncer de cérvix (SN=71,5% a los 5 años) frente a las pacientes con cáncer de vulva y/o vagina (SN=56% a los 5 años). El estudio EUROCARE-6 realizado a nivel europeo sobre cáncer ginecológico mostró estimaciones de supervivencia relativa a 5 los años similares en el caso del cáncer de vulva/vagina (57%), y estimaciones ligeramente inferiores para el cáncer de cérvix (62%) (52). Como se esperaba, se han observado diferencias en la supervivencia neta por grado de diferenciación y por resumen de extensión, siendo el resumen de extensión la variable que ocasiona mayores diferencias en el pronóstico de las pacientes. En el caso de las pacientes con un estadio metastásico en el momento del diagnóstico, la SN a los 5 años es del 0% en las pacientes con cáncer de vulva/vagina (vs 80,2% en resumen de extensión localizado) y del 18,4% en las pacientes con cáncer de cérvix (vs. 86,3% en resumen de extensión localizado). Estos resultados se asemejan a los publicados por otros autores (53).

Por nivel socioeconómico, en este trabajo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por nivel de privación en las pacientes con cáncer de vulva/vagina, pero sí en las mujeres con cáncer de cérvix.

También se estudió si existían diferencias en la supervivencia por resumen de extensión en función del nivel de privación. En los casos de cáncer de vulva y vagina, no se observaron diferencias en las pacientes con tumores localizados o metastásicos al diagnóstico. Sin embargo, en las pacientes con tumores regionales, la supervivencia fue menor a medida que aumentaba el índice de privación, aunque estas diferencias no eran estadísticamente significativas. En el cáncer de cérvix, sí se evidenció un descenso de la supervivencia en tumores con una extensión regional y metastásica entre las mujeres con mayor privación, en comparación con aquellas de menor privación. Las mujeres con mayor nivel socioeconómico tienden a acudir a revisiones médicas rutinarias y a participar más en programas de cribado, lo que favorece un diagnóstico en estadios iniciales (54,55), influyendo en un mejor pronóstico de la enfermedad.

La metodología de RECAM presenta grandes fortalezas por su carácter poblacional, permitiendo ofrecer tasas de incidencia y supervivencia reales, válidas y fiables. Los indicadores de calidad del RECAM son

similares a los proporcionados por otros registros poblacionales de cáncer de nuestro entorno, lo que sugiere una alta validez interna. La incorporación de múltiples fuentes de información – incluyendo datos hospitalarios, de atención primaria y de las bases de datos de mortalidad – y la revisión manual de la historia clínica aporta exhaustividad y garantiza la calidad de los datos. De esta forma, además de la recogida detallada de información, se ha minimizado la posibilidad de inclusión de casos diagnosticados en personas con residencia habitual en otras comunidades autónomas que son diagnosticados y/o tratados en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, también se han identificado algunas limitaciones, como la falta de acceso a la historia clínica en pacientes que son diagnosticados y/o tratados en servicios hospitalarios del ámbito privado. Esto limita la recogida de información necesaria para la validación de algunos casos, así como la recogida de variables más detalladas de algunos tumores. Asimismo, el Índice de Privación es una medida ecológica del nivel socioeconómico de las pacientes que asigna a cada persona el nivel socioeconómico medio de la sección censal en la que reside. Este indicador, aunque es ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos, podría infraestimar el efecto real del nivel socioeconómico a nivel individual de las pacientes.

Como conclusión, este informe presenta un análisis detallado de la incidencia y supervivencia de las mujeres que residen en la Comunidad de Madrid con un diagnóstico de cáncer de vulva, vagina y/o cérvix entre los años 2018 y 2020. Se han analizado las características de una amplia serie de pacientes, brindando información de gran valor tanto para los profesionales como para las pacientes, que permite conocer la situación de los tumores ginecológicos relacionados con el VPH en la población estudiada. El avance en la vigilancia epidemiológica y en el registro de cáncer como parte de las competencias de la Dirección General de Salud Pública permite disponer de datos consolidados con los que compararnos con otras regiones y países de nuestro entorno, que además serán de utilidad a la hora de tomar decisiones para los planes de control de cáncer de la Comunidad de Madrid.

Agradecimientos: A Clotilde Sevilla Hernández, Sonia Ávila Arroyo, Beatriz Tabarés Rodríguez, Melanie Ventura Jiménez, María Legarreta Uriarte, David Parra Blázquez por su ayuda en el desarrollo del Registro de Cáncer de la Comunidad de Madrid.

Informe elaborado por: Candela Pino Rosón¹, Ana María Ruiz Tornero², Pepa Soto³ y Nuria Aragonés¹.

¹ Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer, Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública.

² Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria, Madrid, España.

³ Unidad Técnica de Coordinación y Apoyo, Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, Dirección General de Salud Pública.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Cáncer de vulva, vagina y cérvix en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 11. Volumen 30. Noviembre 2025.

5. Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. 2025 [citado 26 de junio de 2025]. Global Cancer Observatory. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/en>
2. Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Colombet M, Piñeros M, Znaor A, et al. The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. International Journal of Cancer [Internet]. [citado 27 de diciembre de 2024];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijc.35278>
3. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. Cancer. 15 de agosto de 2021;127(16):3029-30.
4. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2025. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).; 2025.

5. Mortalidad de cáncer en España - Tablas de datos [Internet]. 2023 [citado 16 de mayo de 2024]. Mortalidad de cáncer en España. Disponible en: <https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-cronicas/mortalidad-cancer>
6. Preventable Exposures Associated With Human Cancers | JNCI: Journal of the National Cancer Institute | Oxford Academic [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://academic.oup.com/jnci/article/103/24/1827/937010>
7. Agarossi A, Savasi V, Frangipane C, Parisi F, Agarossi A, Dominoni M, et al. High Risk of HPV-Related Preneoplastic and Neoplastic Vulvar Lesions in Women Living With HIV. *J Low Genit Tract Dis*. abril de 2025;29(2):118-22.
8. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado J, Gómez D, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report. ICO| IARC Information Centro of HPV and Cancer (HPV Information Centre); 2023 mar.
9. Hampf M, Sarajuuri H, Wentzensen N, Bender HG, Kueppers V. Effect of Human Papillomavirus Vaccines on Vulvar, Vaginal, and Anal Intraepithelial Lesions and Vulvar Cancer. *Obstetrics & Gynecology*. diciembre de 2006;108(6):1361.
10. Stokes MJ, Ramirez PR, Spencer NM, Nelson EL. Human Papillomavirus Infections and Sequela in Women. *Clin Obstet Gynecol*. 1 de junio de 2025;68(2):188-93.
11. Zheng R, Wang S, Zhang S, Zeng H, Chen R, Sun K, et al. Global, regional, and national lifetime probabilities of developing cancer in 2020. *Science Bulletin*. noviembre de 2023;68(21):2620-8.
12. Iniciativa para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
13. Orden 369/2015, de 10 de abril, del Consejero de Sanidad, por la que se da publicidad al Acuerdo adoptado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 14 de enero de 2015, sobre el Calendario de Vacunación Infantil del Sistema Nacional de Salud, y se actualiza el Calendario Vacunal Infantil de la Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 14 de julio de 2025]. Disponible en: https://gestiona.comunidad.madrid/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=8921&eli=true#no-back-button
14. Madrid C de. Comunidad de Madrid. 2024 [citado 14 de julio de 2025]. La Comunidad de Madrid amplía desde hoy la vacunación del virus del Papiloma Humano a varones de 13 a 18 años. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2024/09/02/comunidad-madrid-amplia-hoy-vacunacion-virus-papiloma-humano-varones-13-18-anos>
15. Ministerio de Sanidad - Áreas - INFORMACION GENERAL - CRIBADO CANCER - CANCER DE CERVIX [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/infoGeneral.htm>
16. Comunidad de Madrid [Internet]. 2023 [citado 27 de noviembre de 2025]. CERVICAM. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cervicam>
17. Malagón T, Franco EL, Tejada R, Vaccarella S. Epidemiology of HPV-associated cancers past, present and future: towards prevention and elimination. *Nat Rev Clin Oncol*. julio de 2024;21(7):522-38.
18. Working Group Report. International rules for multiple primary cancers (ICD-0 third edition). *Eur J Cancer Prev*. agosto de 2005;14(4):307-8.
19. Eden M, Crocetti E, Van Eycken E, Dolores Chirlaque M, Katalinic A, Miranda A, et al. Recomendaciones ENCR: Codificación de la fecha de incidencia [Internet]. 2022. Disponible en: https://encr.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR%20Recommendation%20DOI_Mar2022_ES.pdf
20. Visser O, Caetano dos Santos FL, Cuccaro F, Forjaz G, Michalek I, Mousavi M, et al. ENCR Recommendation Basis of Diagnosis. 2022;
21. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et al. Clasificación Internacional de enfermedades para oncología. *Rev Inst Med trop S Paulo*. agosto de 2003;45(4):224-224.
22. Rogers LJ, Cuello MA. Cancer of the vulva. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. octubre de 2018;143(S2):4-13.
23. Adams TS, Cuello MA. Cancer of the vagina. *Intl J Gynecology & Obste*. octubre de 2018;143(S2):14-21.

24. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *Intl J Gynecology & Obste.* octubre de 2018;143(S2):22-36.
25. Duque I, Domínguez-Berjón MF, Cebrecos A, Prieto-Salceda MD, Esnaola S, Calvo Sánchez M, et al. Índice de privación en España por sección censal en 2011. *Gaceta Sanitaria.* marzo de 2021;35(2):113-22.
26. Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. Check and conversion programs for cancer registries (IARC/IACR Tools for Cancer Registries). International Agency for Research on Cancer; 2005. Report No.: IARC Technical Report No.42.
27. CI5: Cancer Incidence in Five Continents [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://ci5.iarc.who.int/ci5-xii/chapters>
28. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Estadísticas y Estudio- Estadísticas Sanitarias - Índice Nacional de defunciones [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND_TipoDifusion.htm
29. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid [Internet]. 2024 [citado 25 de abril de 2024]. Comunidad de Madrid. Indicadores demográficos básicos. Disponible en: <https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas>
30. Coviello E, Seppä K, Dickman PW, Pokhrel A. Estimating Net Survival using a Life-Table Approach. *The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata.* abril de 2015;15(1):173-85.
31. SEER [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2025]. Age Standards for Survival - SEER Datasets. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/stdpopulations/survival.html>
32. Bray F, Colombet M, Aitken J, Bardot A, Eser S, Galceran J, et al. Cancer Incidence in Five Continents Vol.XII (IARC CancerBase No.19) [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer.; 2023. (IARC Scientific Publications). Disponible en: <https://ci5.iarc.who.int/>
33. ECIS - European Cancer Information System | ECIS - European Cancer Information System [Internet]. [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>
34. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer.* abril de 2013;49(6):1374-403.
35. The National Cancer Registry Ireland. HPV-Associated Cancers - Cancer Trends Report. National Cancer Registry Ireland; 2024. Report No.: 40.
36. Trent Cancer Registry, National Cancer Intelligence Network, NHS Cancer Screening Programmes. Profile of Cervical Cancer in England. Incidence, Mortality and Survival. 2012 oct.
37. Olawaiye AB, Cotler J, Cuello MA, Bhatla N, Okamoto A, Wilailak S, et al. FIGO staging for carcinoma of the vulva: 2021 revision. *Int J Gynaecol Obstet.* octubre de 2021;155(1):43-7.
38. Adams TS, Rogers LJ, Cuello MA. Cancer of the vagina: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2021;155(S1):19-27.
39. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2021;155(S1):28-44.
40. Cancer Fact Sheet Cervical cancer, 2023 | Belgian Cancer Registry [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://kankerregister.org/en/publicaties/cancer-fact-sheet-cervical-cancer-2023>
41. Olawaiye AB, Cuello MA, Rogers LJ. Cancer of the vulva: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2021;155(S1):7-18.
42. National Cancer Intelligence Network. Quality and completeness of gynaecological cancer data in the National Cancer Data Repository 2010.
43. Holt HK, Calip GS, Peterson CE, David SM, Geller S, Guadamuz JS. Sociodemographic inequities in overall survival among younger and older women with cervical cancer. *Cancer Causes Control.* 1 de junio de 2025;36(6):595-604.
44. Oymans EJ, de Kroon CD, Bart J, Nijman HW, van der Aa MA. Incidence of gynaecological cancer during the COVID-19 pandemic: A population-based study in the Netherlands. *Cancer Epidemiol.* agosto de 2023;85:102405.
45. Smith JS, Melendy A, Rana RK, Pimenta JM. Age-Specific Prevalence of Infection with Human Papillomavirus in Females: A Global Review. *Journal of Adolescent Health.* octubre de 2008;43(4):S5.e1-S5.e62.

46. Sand FLæ, Thomsen LT, Oernskov D, Munk C, Waldstroem M, Kjaer SK. Cervical human papillomavirus prevalence according to socioeconomic and demographic characteristics in a large Danish screening population. *Scand J Public Health*. junio de 2024;52(4):502-10.
47. Zhao Y, Zhao J, Xie R, Zhang Y, Xu Y, Mao J, et al. Association between family income to poverty ratio and HPV infection status among U.S. women aged 20 years and older: a study from NHANES 2003-2016. *Front Oncol*. 4 de octubre de 2023;13:1265356.
48. De Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Intl Journal of Cancer*. 15 de agosto de 2017;141(4):664-70.
49. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology*. enero de 2006;17(1):5-19.
50. Oka E, Okada M, Ikuno Y, Amano K, Shioya S, Kawabata M, et al. Area Socioeconomic Status, Vaccination Access, and Female Human Papillomavirus Vaccination. *JAMA Netw Open*. 13 de marzo de 2025;8(3):e250747.
51. Kurani S, MacLaughlin KL, Jacobson RM, St. Sauver JL, Jenkins GD, Fan C, et al. Socioeconomic disadvantage and human papillomavirus (HPV) vaccination uptake. *Vaccine*. enero de 2022;40(3):471-6.
52. Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczeck B, Bielska-Lasota M, et al. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999–2007: Results of the EURO CARE-5 study. *European Journal of Cancer*. octubre de 2015;51(15):2191-205.
53. Bielska-Lasota M, Rossi S, Krzyżak M, Haelens A, Domenic A, De Angelis R, et al. Reasons for low cervical cancer survival in new accession European Union countries: a EURO CARE-5 study. *Arch Gynecol Obstet*. 1 de febrero de 2020;301(2):591-602.
54. Lawler TP, Giurini L, Barbosa Carroll C, Weiss JM, LoConte NK, Warren Andersen S. Area-level socioeconomic status is associated with colorectal cancer screening, incidence and mortality in the US: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. septiembre de 2025;381:118212.
55. Whynes DK, Frew EJ, Manghan CM, Scholefield JH, Hardcastle JD. Colorectal cancer, screening and survival: the influence of socio-economic deprivation. *Public Health*. 1 de noviembre de 2003;117(6):389-95.

6. Índice de tablas y gráficos

Tablas

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer invasivo de vulva, vagina y cérvix en el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Tabla 2. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Tabla 3. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix, por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Tabla 4. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) de las pacientes con cáncer de vulva, vagina o cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2023 (n=934).

Gráficos

Gráfico 1. Distribución del resumen de extensión del cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 2. Tasas de incidencia específicas por edad (por 100.000 mujeres) para el cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 3. Tasa de incidencia ajustada (por 100.000 habitantes) de cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 4. Supervivencia observada y neta de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

Gráfico 5. Supervivencia neta global de las pacientes con cáncer de vulva, vagina (n=260) y cérvix (n=674). Comunidad de Madrid, 2018-2023.

Gráfico 6. Supervivencia neta de cáncer de vulva, vagina y cérvix por grupos de edad y nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

Gráfico 7. Supervivencia neta de cáncer de vulva/vagina y cérvix por grado de diferenciación histológica y resumen de extensión. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

Gráfico 8. Supervivencia neta de cáncer de vulva y vagina por resumen de extensión según el nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

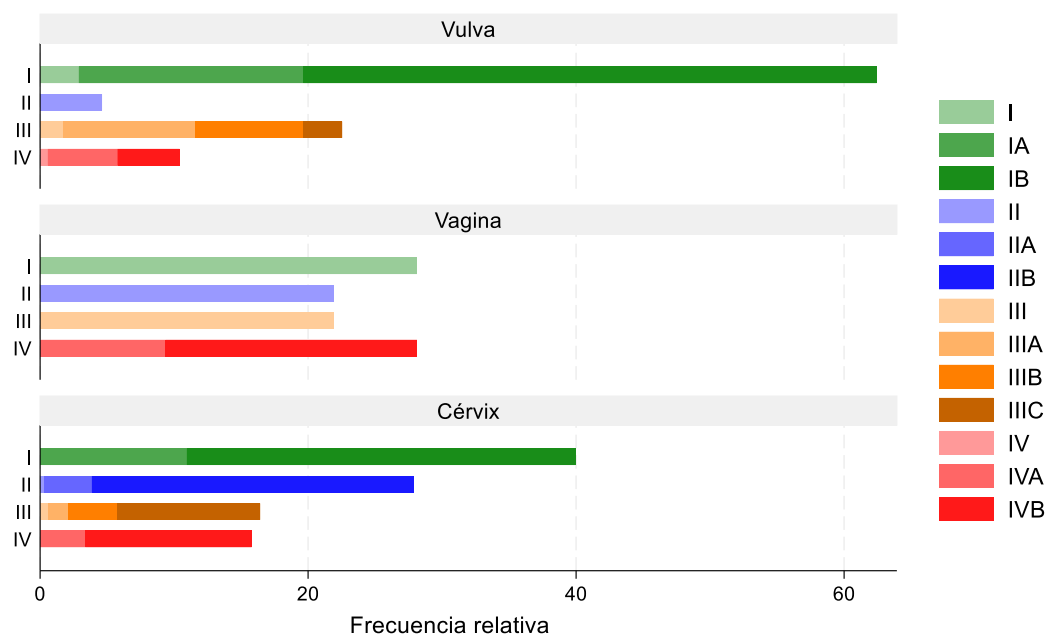
Gráfico 9. Supervivencia neta de cáncer de cérvix por resumen de extensión según el nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2023.

7. Anexos

Anexo 1. Códigos morfológicos (CIE-O-3.1).

Grupo morfológico	Código	Descripción
Carcinomas escamosos y transicionales	8051	Carcinoma verrugoso, SAI
	8052	Carcinoma papilar de células escamosas
	8070	Carcinoma epidermoide, SAI
	8071	Carcinoma epidermoide, tipo queratinizante, SAI
	8072	Carcinoma epidermoide de células grandes, tipo no queratinizante, SAI
	8073	Carcinoma epidermoide de células pequeñas, tipo no queratinizante
	8074	Carcinoma epidermoide de células fusiformes
	8076	Carcinoma epidermoide microinvasor
	8082	Carcinoma linfoepitelial
Carcinomas basocelulares	8083	Carcinoma basaloide de células escamosas
	8090	Carcinoma basocelular, SAI
	8097	Carcinoma basocelular, tipo nodular
Adenocarcinomas	8098	Carcinoma basal adenoideo
	8140	Adenocarcinoma, SAI
	8144	Adenocarcinoma, tipo intestinal
	8200	Carcinoma adenoide quístico
	8263	Adenocarcinoma en adenoma tubulovelloso
	8310	Adenocarcinoma de células claras, SAI
	8380	Adenocarcinoma endometriode, SAI
	8384	Adenocarcinoma, tipo endocervical
	8441	Cistadenocarcinoma seroso, SAI
	8480	Adenocarcinoma mucinoso
	8481	Adenocarcinoma productor de mucina
	8482	Adenocarcinoma mucinoso, tipo endocervical
Otros carcinomas específicos	8490	Carcinoma de células en anillo de sello
	8542	Enfermedad de Paget extramamaria
	8574	Adenocarcinoma con diferenciación neuroendocrina
	9110	Mesonefroma maligno
	8041	Carcinoma de células pequeñas, SAI
	8560	Carcinoma adenoescamoso
	8720	Melanoma maligno, SAI
Sarcomas	8800	Sarcoma, SAI
	8890	Leiomioma, SAI
	8933	Adenosarcoma
	8935	Sarcoma estromal, SAI
	8980	Carcinosarcoma, SAI
Carcinomas inespecíficos	8000	Neoplasia maligna
	8010	Carcinoma, SAI
	8020	Carcinoma indiferenciado, SAI
	8050	Carcinoma papilar, SAI

Anexo 2. Distribución del estadio al diagnóstico (FIGO) en las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



El **Anexo 2** muestra la distribución de los tumores estudiados por estadio siguiendo la clasificación FIGO 2018, ampliamente utilizada en el proceso diagnóstico de los cánceres ginecológicos.

El estadio FIGO 2018 fue recogido en el 89,5% de los tumores de vulva, vagina y cérvix.

Por topografía, del total de casos registrados de cáncer de vulva, el estadio al diagnóstico fue recogido en el 81,9% (N=186). De los que tenían estadio al diagnóstico conocido, 58,6% de los tumores fue diagnosticado en estadio I, y 11,3% en estadio IV (IVA-IVB).

Para el cáncer de vagina, del total de casos registrados, el estadio al diagnóstico fue recogido en el 87,2% (N=34), de los cuales el 29,4% de los tumores fue diagnosticado en estadio I, y 26,5% en estadio IV (IVA-IVB).

Finalmente, para el cáncer de cérvix el estadio al diagnóstico fue recogido en el 92% de los casos (N=628). El 40,1% fueron diagnosticados en estadio I, y 15,8% en estadio IV (IVA-IVB).

Anexo 3. Características de las pacientes con cáncer de vulva, vagina y cérvix por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Vulva:

	Nivel de privación			p-valor
	Q1 (menor privación)	Q2	Q3 (mayor privación)	
N	79 (34,8%)	72 (31,7%)	76 (33,5%)	
Edad media al diagnóstico (Desviación típica)	75,4 (14,9)	76,5 (12,7)	74,7 (13,9)	0,398
Grupos de edad				0,963
35-49 años	5 (6,3%)	2 (2,8%)	5 (6,6%)	
50-64 años	15 (19,0%)	13 (18,1%)	13 (17,1%)	
65-79 años	23 (29,1%)	22 (30,6%)	22 (28,9%)	
80 y más años	36 (45,6%)	35 (48,6%)	36 (47,4%)	
Morfología (CIE-O 3.1)				0,126
Carcinomas escamosos	53 (67,1%)	49 (68,1%)	55 (72,4%)	
Carcinomas basocelulares	6 (7,6%)	5 (6,9%)	8 (10,5%)	
Adenocarcinomas	7 (8,9%)	9 (12,5%)	5 (6,6%)	
Melanomas	4 (5,1%)	4 (5,6%)	8 (10,5%)	
Sarcomas	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	
Morfología no específica	9 (11,4%)	4 (5,6%)	0 (0,0%)	
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)				0,066
Grado I, Bien diferenciado	15 (19,0%)	25 (34,7%)	13 (17,1%)	
Grado II, Moderadamente diferenciado	25 (31,6%)	11 (15,3%)	22 (28,9%)	
Grado III, Pobrementemente diferenciado	7 (8,9%)	6 (8,3%)	4 (5,3%)	
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	32 (40,5%)	30 (41,7%)	37 (48,7%)	
Resumen de extensión				0,008
Localizado (Estadios I y II)	41 (51,9%)	35 (48,6%)	52 (68,4%)	
Regional (Estadios III y IVA)	15 (19,0%)	21 (29,2%)	17 (22,4%)	
Metástasis (Estadio IVB)	3 (3,8%)	5 (6,9%)	4 (5,3%)	
Desconocido	20 (25,3%)	11 (15,3%)	3 (3,9%)	

* ANOVA test: edad al diagnóstico

* Chi-cuadrado test: grupos de edad, morfología, grado de diferenciación y resumen de extensión

Vagina:

	Nivel de privación			p-valor
	Q1 (menor privación)	Q2	Q3 (mayor privación)	
N	12 (31,6%)	12 (31,6%)	14 (36,8%)	0,538
Edad media al diagnóstico (Desviación típica)	72,4 (14,4)	74,3 (13,3)	69,1 (17,7)	0,601
Grupos de edad				
35-49 años	1 (8,3%)	1 (8,3%)	3 (21,4%)	
50-64 años	2 (16,7%)	1 (8,3%)	2 (14,3%)	
65-79 años	6 (50,0%)	3 (25,0%)	4 (28,6%)	
80 y más años	3 (25,0%)	7 (58,3%)	5 (35,7%)	
Morfología (CIE-O 3.1)				0,238
Carcinomas escamosos	8 (66,7%)	10 (83,3%)	10 (71,4%)	
Adenocarcinomas	3 (25,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	
Sarcomas	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (7,1%)	
Morfología no específica	1 (8,3%)	0 (0,0%)	3 (21,4%)	
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)				0,401
Grado I, Bien diferenciado	2 (16,7%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	
Grado II, Moderadamente diferenciado	5 (41,7%)	2 (16,7%)	5 (35,7%)	
Grado III, Pobremente diferenciado	1 (8,3%)	2 (16,7%)	1 (7,1%)	
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	1 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	3 (25,0%)	8 (66,7%)	6 (42,9%)	
Resumen de extensión				0,465
Localizado (Estadios I y II)	6 (50,0%)	6 (50,0%)	6 (42,9%)	
Regional (Estadios III y IVA)	1 (8,3%)	5 (41,7%)	4 (28,6%)	
Metástasis (Estadio IVB)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	2 (14,3%)	
Desconocido	2 (16,7%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	

* Kruskal-wallis test: edad al diagnóstico

* Chi-cuadrado test: grupos de edad, morfología, grado de diferenciación y resumen de extensión

Cérvix:

	Nivel de privación			p-valor
	Q1 (menor privación)	Q2	Q3 (mayor privación)	
N	191 (28,0%)	237 (34,7%)	255 (37,3%)	
Edad media al diagnóstico (Desviación típica)	54,1 (15,9)	53,3 (16,4)	54,2 (15,5)	0,719
Grupos de edad				0,311
20-34 años	19 (9,9%)	33 (13,9%)	27 (10,6%)	
35-49 años	63 (33,0%)	82 (34,6%)	76 (29,8%)	
50-64 años	58 (30,4%)	58 (24,5%)	92 (36,1%)	
65-79 años	37 (19,4%)	46 (19,4%)	40 (15,7%)	
80 y más años	14 (7,3%)	18 (7,6%)	20 (7,8%)	
Morfología (CIE-O 3.1)				0,653
Carcinomas escamosos	116 (60,7%)	149 (62,9%)	171 (67,1%)	
Carcinomas basocelulares	0 (0,0%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	
Adenocarcinomas	52 (27,2%)	67 (28,3%)	66 (25,9%)	
Otros carcinomas específicos	7 (3,7%)	4 (1,7%)	4 (1,6%)	
Sarcomas	4 (2,1%)	2 (0,8%)	3 (1,2%)	
Morfología no específica	12 (6,3%)	14 (5,9%)	11 (4,3%)	
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)				0,251
Grado I, Bien diferenciado	26 (13,6%)	38 (16,0%)	28 (11,0%)	
Grado II, Moderadamente diferenciado	53 (27,7%)	85 (35,9%)	86 (33,7%)	
Grado III, Pobremente diferenciado	39 (20,4%)	49 (20,7%)	63 (24,7%)	
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	1 (0,5%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)	
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	72 (37,7%)	64 (27,0%)	76 (29,8%)	
Resumen de extensión				0,003
Localizado (Estadios I y II)	119 (62,3%)	143 (60,3%)	165 (64,7%)	
Regional (Estadios III y IVA)	36 (18,8%)	49 (20,7%)	47 (18,4%)	
Metástasis (Estadio IVB)	14 (7,3%)	27 (11,4%)	37 (14,5%)	
Desconocido	22 (11,5%)	18 (7,6%)	6 (2,4%)	

* ANOVA test: edad al diagnóstico
 * Chi-cuadrado test: grupos de edad, morfología, grado de diferenciación y resumen de extensión

Anexo 4. Tasas de incidencia brutas y ajustadas de cáncer de vulva, vagina (por 100.000 mujeres). Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	VULVA				VAGINA				CÉRVIX			
	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad			Tasa bruta	Tasa ajustada por edad			Tasa bruta	Tasa ajustada por edad		
		TA-E	IC95%			TA-E	IC95%			TA-E	IC95%	
Nivel socioeconómico												
Q1 (menor privación)	2,8	2,6	2,0	3,2	0,4	0,4	0,2	0,8	6,7	6,6	5,7	7,6
Q2	2,5	2,3	1,8	3,0	0,4	0,4	0,2	0,7	8,3	8,2	7,2	9,3
Q3 (mayor privación)	2,7	2,5	1,9	3,1	0,5	0,5	0,2	0,8	9,0	8,9	7,8	10,0
TOTAL	2,7	2,5	2,2	2,7	0,5	0,4	0,3	0,6	8,0	7,9	7,3	8,5

Anexo 5. Supervivencia observada (SO), neta (SN) y neta estandarizada (SN-E) tras 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de vulva/vagina. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Categorías	SO 5 años %	IC 95%	SN 5 años %	IC 95%	SN-E %	IC 95%
Grupos de edad (años)						
20-34	NA	NA	NA	NA	NA	NA
35-49	58,9	(29,1-79,7)	59,2	(29,2-79,9)	NA	NA
50-64	65,3	(48,3-77,9)	66,7	(49,1-79,3)	NA	NA
65-79	65,0	(53,2-74,6)	70,1	(56,8-80,0)	NA	NA
80+	26,5	(18,5-35,2)	41,8	(28,1-55,0)	NA	NA
Nivel de privación						
Q1 (menor privación)	45,4	(34,3-55,9)	52,5	(38,7-64,5)	53,9	(40,7-66,2)
Q2	48,7	(37,1-59,3)	60,1	(43,9-73,0)	63,3	(48,0-73,9)
Q3 (mayor privación)	47,7	(36,8-57,7)	56,0	(41,8-68,0)	56,6	(42,7-69,7)
Grado histológico						
Grado I	54,4	(40,3-66,4)	62,3	(43,9-76,3)	68	(52,8-80,4)
Grado II	43,4	(30,9-55,3)	51,8	(35,5-65,8)	55,4	(39,6-69,6)
Grado III	28,6	(11,7-48,2)	31,5	(12,5-52,7)	62,2	(49,2-71,8)
Grado IV	0,0	NA	0,0	NA	0,0	NA
Resumen de extensión						
Localizado - I-II	66,3	(57,2-73,8)	80,2	(66,8-88,6)	79,4	(66,8-86,9)
Regional - III-IVA	33,2	(22,0-44,9)	38,5	(24,6-52,3)	40,5	(26,8-54,6)
Distante - IVB	0,0	NA	0,0	NA	0,0	NA
Global	47,3	(40,8-53,4)	56,4	(48,1-63,9)	58,1	(50,1-65,3)

Anexo 6. Supervivencia observada(SO), neta (SN) y neta estandarizada (SN-E) tras 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cérvix. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Categorías	SO 5 años %	IC 95%	SN 5 años %	IC 95%	SN-E %	IC 95%
Grupos de edad (años)						
20-34	83,5	(73,4-90,1)	83,6	(73,4-90,2)	NA	NA
35-49	83,8	(78,2-88,1)	84,1	(78,4-88,4)	NA	NA
50-64	68,0	(60,8-74,2)	69,2	(61,8-75,4)	NA	NA
65-79	55,7	(46,2-64,2)	59,2	(48,9-68,1)	NA	NA
80+	23,8	(11,8-38,1)	36,3	(17,0-56,1)	NA	NA
Nivel de privación						
Q1 (menor privación)	73,8	(65,1-80,6)	77,1	(67,5-84,1)	73,8	(63,5-80,5)
Q2	72,7	(64,8-79,1)	74,7	(66,4-81,3)	72,6	(63,3-79,7)
Q3 (mayor privación)	64,2	(56,3-71,1)	65,5	(57,2-72,7)	63,3	(55,6-70,8)
Grado histológico						
Grado I	85,7	(76,6-91,4)	87,4	(77,2-93,3)	86,8	(75,3-93,9)
Grado II	74,4	(67,7-79,9)	76,8	(69,7-82,4)	73,6	(64,5-79,4)
Grado III	59,1	(50,5-66,7)	60,6	(51,6-68,5)	59,2	(50,4-67,1)
Grado IV	0,0	NA	0,0	NA	0,0	NA
Resumen de extensión						
Localizado - I-II	84,5	(80,5-87,8)	86,3	(82,0-89,7)	84,6	(79,8-89,0)
Regional - III-IVA	54,2	(45,2-62,3)	55,3	(46,0-63,5)	53,2	(44,4-61,3)
Distante - IVB	17,9	(9,9-27,9)	18,4	(9,8-29,0)	23,1	(13,9-33,7)
Global	69,6	(65,9-73)	71,5	(67,6-75,1)	68,7	(64,6-72,4)