

INFORME 2024

Registre de Tumors



Informe 2024 del Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar), Barcelona.

Autors:

Adrià Moncusí Armengol, Xavier Villanueva Castelltort, Alícia Noguera Llauredó, Montserrat Bonilla Montón, Antonia Caro Agudo, Cristina Barrufet Gonzalez, Francesc Macià Guilà.

Responsables de l'informe:

Adrià Moncusí Armengol, Francesc Macià Guilà, Maria Sala Serra.
Servei d'Epidemiologia i Avaluació

Col·laboradors:

Cristina Hernández Rodríguez.

Gràfics i disseny:

Cristina Hernández Rodríguez, Pol Checa Hernández.

Agraïments:

Agraïm també la tasca de totes les persones que, al llarg de tots aquests anys, han fet possible amb el seu esforç i suport la continuïtat del Registre de Tumors, i especialment de Marta Banqué Navarro, Xavier Calpe Perarnau, Montserrat Casamitjana Abella, Marta Castells Zaragoza, Imma Collet Diví, Josep M Corominas Torres, Xavier Fabregat Mayol, Manel Gallén Castillo, Àngels Hospital Naudó, Isabel López Tolosa, Núria Malats Riera, Raquel Marcos Esteve, Cristiane Murta-Nascimento, Xavier Pérez González, Josep Planas Domingo, Miquel Porta Serra, Margarita Posso Rivera i Salvador Serratos Cruzado.

Cita recomanada:

Moncusí A, Villanueva X, Noguera A, Bonilla M, Caro A, Barrufet C, Macià F. Informe 2024 del Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar), Barcelona. Barcelona: Parc de Salut MAR; 2024.

© 2024, Parc de Salut MAR. Barcelona.

Contacte:

Francesc Macià Guilà
Unitat de Prevenció i Registre de Càncer
Servei d'Epidemiologia i Avaluació
Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS)
Hospital del Mar. Parc de Salut MAR
Passeig Marítim, 25-29
08003 BARCELONA
Tel. (+34) 93 248 34 29
fmacia@hospitaldelmar.cat
www.parcdesalutmar.cat/epidemiologia

ÍNDEX

1	INTRODUCCIÓ	1
2	MATERIAL I MÈTODES	1
2.1	Casos analitzats	1
2.2	Fonts d'informació	2
2.3	RTHMar. Variables recollides al registre	2
3	RESULTATS	3
3.1	Evolució del nombre de neoplàsies registrades pel RTHMar	3
3.2	Districte municipal de referència	3
3.3	Edat i sexe	4
3.4	Localitzacions tumorals	5
3.5	Estat en l'últim control	6
3.6	Confirmació cito-histològica	6
3.7	Extensió de la neoplàsia en el moment del diagnòstic	6
3.8	Evolució del nombre de casos dels principals càncers en els últims 5 anys	7
3.9	Neoplàsies múltiples	8
3.10	Tipus de tractament oncològic	8
3.11	Tipus de primera consulta a l'Hospital (urgències <i>versus</i> programada)	10
3.12	Diagnòstics per cribratge	11
3.13	Interval entre la primera consulta a l'Hospital i el primer tractament	11
3.14	Interval entre la data del diagnòstic i el primer tractament	12
3.15	Supervivència observada	13
4	CONCLUSIONS	15
5	COL·LABORACIONS	16

1 INTRODUCCIÓ

El càncer és un dels principals problemes de salut en els països desenvolupats, tant per la morbi-mortalitat que causa, com per la quantitat de recursos que s'esmercen en el seu diagnòstic i tractament. El desenvolupament de sistemes d'informació fiables és un pas essencial a l'hora d'elaborar qualsevol estratègia de control d'aquesta malaltia.

En aquesta línia, el Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar), gestionat pel Servei d'Epidemiologia i Avaluació, és un valuós instrument que proporciona dades sobre el nombre de casos, les característiques, el procés diagnòstic i terapèutic i la supervivència dels pacients oncològics atesos a l'Hospital del Mar. Integrat a la xarxa informàtica hospitalària, el RTHMar constitueix una base de dades que recull de forma sistemàtica i exhaustiva un conjunt d'informació clínica i epidemiològica de tots els malalts de càncer assistits als centres de l'Hospital del Mar, a més, n'efectua el seguiment al llarg del temps. Iniciat el 1978, el RTHMar és el registre hospitalari de càncer més antic de Catalunya, amb més de 65.000 neoplàsies registrades.

Els objectius específics que el RTHMar té definits són:

- ✚ Analitzar la incidència hospitalària de malalties neoplàstiques, en funció de la localització tumoral, serveis implicats, districte municipal de procedència, etc., per tal de monitorar l'evolució de la demanda.
- ✚ Proporcionar periòdicament indicadors d'avaluació a les diferents Unitats Funcionals de Càncer, així com als diversos serveis clínics implicats en el procés diagnòstic i terapèutic del càncer.
- ✚ Avaluar la qualitat de l'assistència als malalts oncològics mitjançant l'obtenció d'indicadors, com per exemple els intervals de temps entre consulta, diagnòstic i tractament, o la realització d'estudis de supervivència en funció de variables clíniques, terapèutiques, etc.
- ✚ Participar en la Comissió de Tumors de l'Hospital del Mar i impulsar projectes de millora de la qualitat assistencial.

- ✚ Donar suport als programes poblacionals de detecció precoç de càncer de mama i de càncer colorectal.
- ✚ Col·laborar en estudis clínics, epidemiològics i de salut pública.
- ✚ Col·laborar amb els registres de càncer poblacionals de Catalunya (Tarragona i Girona), facilitant-los informació dels casos assistits procedents d'aquestes àrees.
- ✚ Contribuir a la producció i difusió científiques mitjançant la presentació de comunicacions a congressos i jornades científiques.
- ✚ Vetllar per la confidencialitat de la informació.

Aquest **Informe 2024 del RTHMar** comprèn tres apartats a la secció de resultats. En primer lloc, presentem la informació corresponent a l'any 2022 per a tots els casos en general i, més detalladament, per a vuit de les localitzacions principals, mama, còlon i recte, pulmó, pròstata, fetge, cèrvix, cos d'úter i ovari, corresponents a unitats funcionals de càncer existents actualment a l'Hospital del Mar. En el segon apartat s'analitza l'evolució d'algunes variables al llarg del quinquenni 2018-2022. Finalment, es mostren les anàlisis de supervivència de les principals localitzacions tumorals per als casos diagnosticats entre els anys 2004 i 2018.

2 MATERIAL I MÈTODES

2.1 Casos analitzats

El RTHMar recull informació i segueix l'evolució de tots els pacients de càncer atesos a l'Hospital del Mar en qualsevol moment de la seva malaltia, independentment de la data de diagnòstic del tumor. El RTHMar registra tots els tumors malignes, els carcinomes *in situ* i també els tumors de malignitat incerta. No registra els tumors benignes (tampoc els de SNC) ni les neoplàsies intraepiteli-als de grau II de coll d'úter, ni els carcinomes basocel·lulars de pell.

En la majoria d'anàlisis del present informe s'han exclòs els tumors de malignitat incerta i s'han considerat únicament els casos diagnosticats i/o tractats a l'Hospital del Mar. Els carcinomes *in situ* de cèrvix no s'han inclòs en les anàlisis de supervivència.

2.2 Fonts d'informació

Les fonts d'informació i identificació de casos són principalment els informes del Servei d'Anatomia Patològica i els informes d'alta hospitalària, codificats pel Servei de Documentació i Arxiu. També s'utilitza informació del Servei del Laboratori de cito-hematologia, de la Unitat d'Hepatologia del Servei de Digestiu, de les actes dels Comitès de Tumors, dels informes d'autòpsies i dels de la Unitat de Cures Pal·liatives, així com de les visites a l'hospital de dia i consultes externes del Servei d'Oncologia. El nivell d'exhaustivitat és pràcticament complet.

Integrat a la xarxa informàtica de l'Hospital, el RTHMar s'alimenta de forma automàtica a partir de la base de dades del Servei d'Anatomia Patològica. Quan un informe cito-histològic és codificat pels patòlegs com a neoplàsia maligna, si el cas no figura encara en el RTHMar, s'obre automàticament un nou registre, el qual incorpora tant la informació d'anatomia patològica com les dades de filiació introduïdes pel Servei d'Admissions de l'Hospital.

El RTHMar recull un total de 49 ítems per a cada registre (Secció 2.3). Més de la meitat d'aquests ítems queden registrats de forma automàtica o semiautomàtica. La resta cal introduir-los manualment a partir de la revisió de la història clínica i de les altres fonts d'informació esmentades.

A més, el programa informàtic de RTHMar permet efectuar de forma automàtica el seguiment dels pacients. Si el malalt és visitat a Urgències, Consultes Externes o en qualsevol servei hospitalari del Parc de Salut MAR, la data de seguiment s'actualitza; també en cas que el pacient sigui èxitus a l'Hospital.

El 2022 s'ha sistematitzat la col·laboració amb el Laboratori de cito-hematologia com a font d'informació, i com a conseqüència s'ha registrat un augment de casos de medul·la òssia i ganglis limfàtics, millorant l'exhaustivitat del RTHMar.

2.3 RTHMar. Variables recollides al registre

01. Número de registre*
02. Número d'història clínica*
03. Cognoms i nom*
04. Adreça*
05. Població de residència*
06. Districte postal*
07. Districte municipal*
08. Telèfon*
09. Població de naixement*
10. Data de naixement*
11. DNI*
12. Edat*
13. Sexe*
14. Localització CIM-O*
15. Sublocalització*
16. Histologia CIM-O*
17. Subhistologia*
18. Grau de diferenciació
19. Número de biòpsia/citologia*
20. Localització SNOMED*
21. Histologia SNOMED*
22. Base del diagnòstic
23. Extensió - LRD
24. Extensió segons SEER
25. Estadificació TNM/pTNM
26. Localització de les metàstasis
27. Autòpsia
28. Tumors múltiples
29. Tipus de tractament
30. Intenció del tractament
31. Raons per a no aplicar el tractament
32. Participació en assaig clínic
33. Data primer símptoma
34. Data diagnòstic*
35. Data primer tractament
36. Data segon tractament
37. Data primera consulta a l'Hospital
38. Data primera visita a Oncologia*
39. Data últim control*
40. Estat en l'últim control*
41. Hospital*
42. Àrea bàsica de salut*
43. Categoria de cas
44. Tipus de primera consulta a l'Hospital
45. Serveis hospitalaris implicats
46. Comitès de tumors
47. Data registre*
48. Altres informes cito-histològics
49. Fase de complementació del cas

* ítems d'obtenció automàtica o semiautomàtica

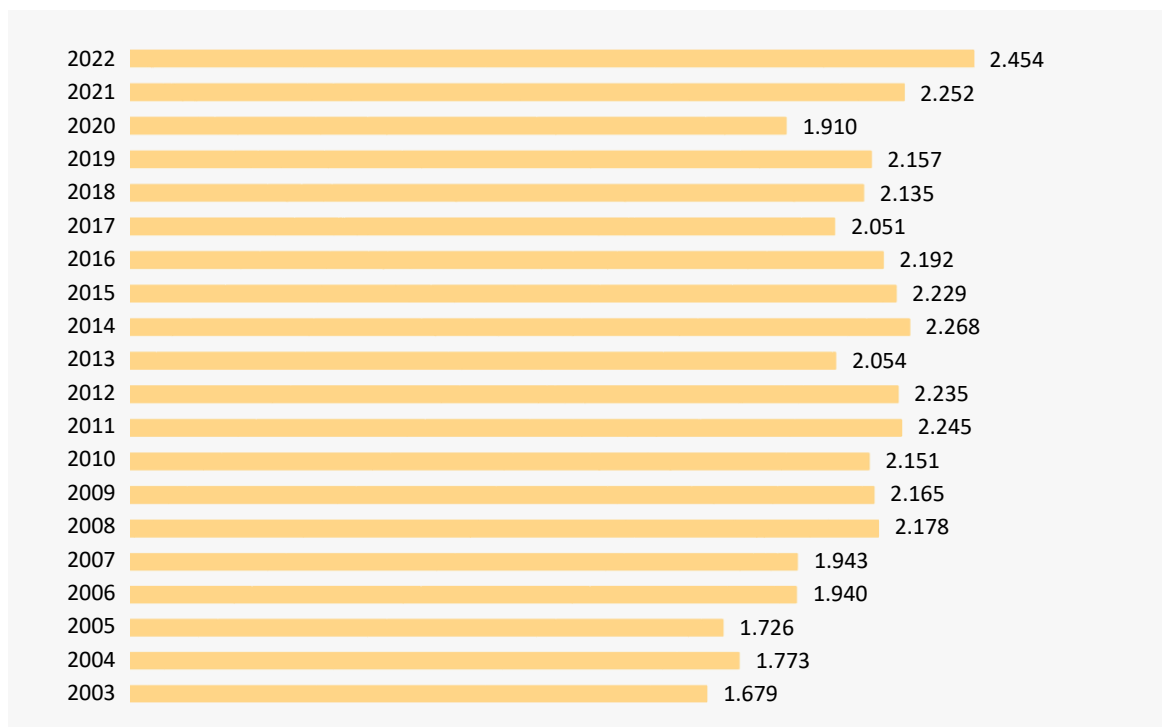
3 RESULTATS

3.1 Evolució del nombre de neoplàsies registrades pel RTHMar

El volum de neoplàsies ateses a l'Hospital del Mar s'ha mantingut per sobre dels 2.000 casos anuals amb certa regularitat, tot i que al 2020 hi va haver un clar descens degut a la pandèmia, el qual s'ha recuperat durant els anys 2021 i 2022 (Figura 1).

El 96,9% dels càncers invasius o *in situ* han estat diagnosticats i/o tractats a l'Hospital del Mar. Corresponen als 2.258 casos analitzats en els següents apartats.

Figura 1. Evolució del nombre de neoplàsies registrades pel RTHMar (2003-2022)

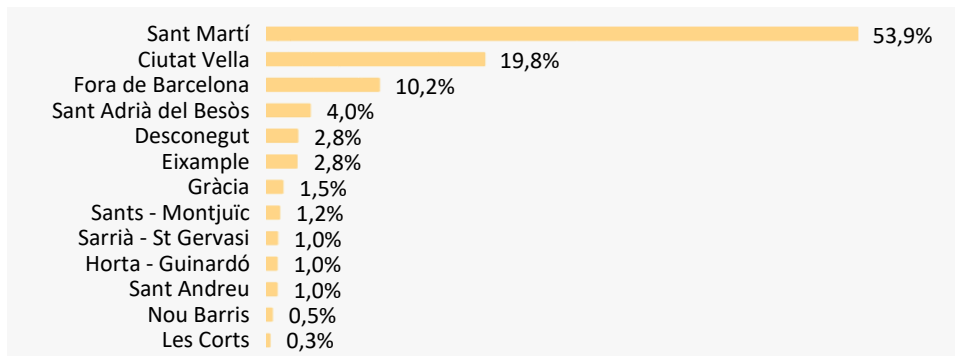


3.2 Districte municipal de referència

El 73,7% dels casos registrats l'any 2022 procedeixen dels districtes de Ciutat Vella i de Sant Martí. Queda clara l'atracció de l'Hospital envers la seva àrea de referència. D'altra banda, un 10,2% dels

malalts prové de fora de la ciutat de Barcelona, xifra que no inclou 4,0% que són de Sant Adrià del Besòs (el barri de la Mina forma part de l'Àrea Litoral Mar i té l'Hospital del Mar com a referent).

Figura 2. Procedència dels pacients - Distribució per districtes municipals de Barcelona. 2022

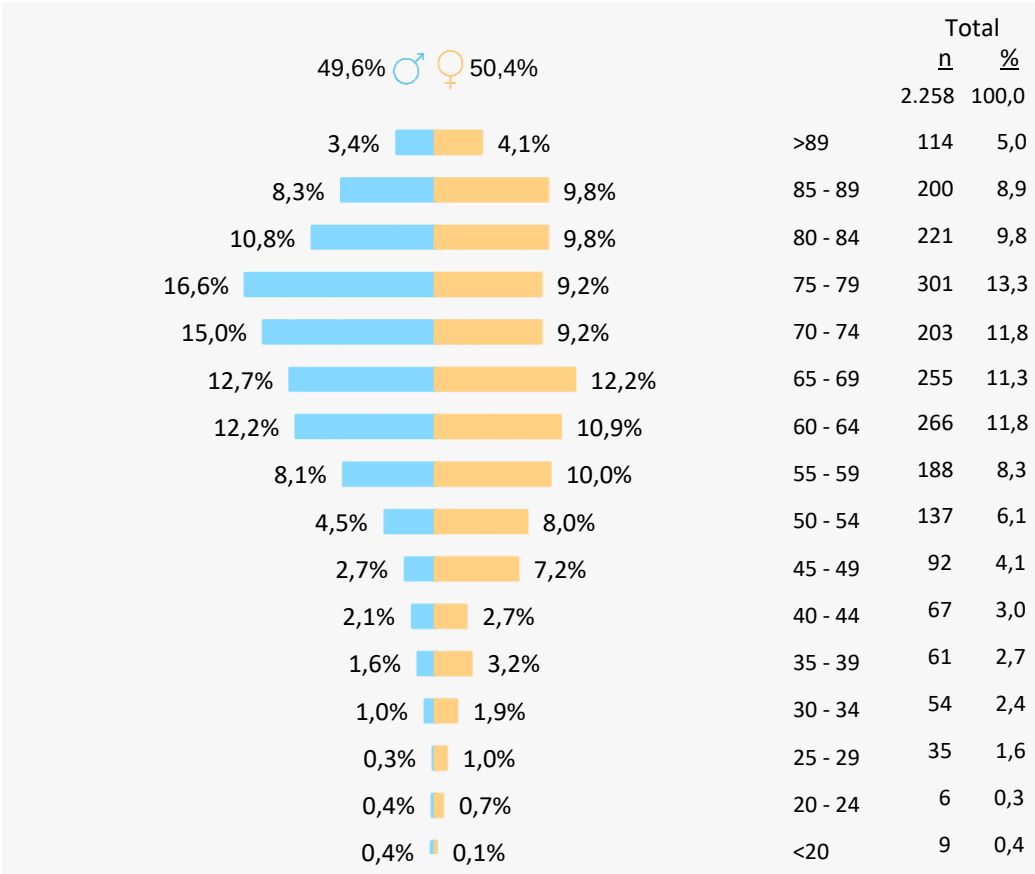


3.3 Edat i sexe

La mitjana d'edat dels malalts és de 67,0 anys. Destaca que un 23,7% (535 casos) tenen 80 anys o més en el moment del diagnòstic. Els homes representen el 50,4% dels casos i les dones el 49,6%.

En homes la franja d'edat amb més casos és la de 75 a 79 anys (189 casos; 16,6%). En dones és la franja dels 65 a 69 anys (121 casos; 12,2%). El percentatge de dones és superior al d'homes en totes les franges d'edat per sota dels 60 anys i per sobre dels 85.

Figura 3. Edat (anys) i sexe. 2022



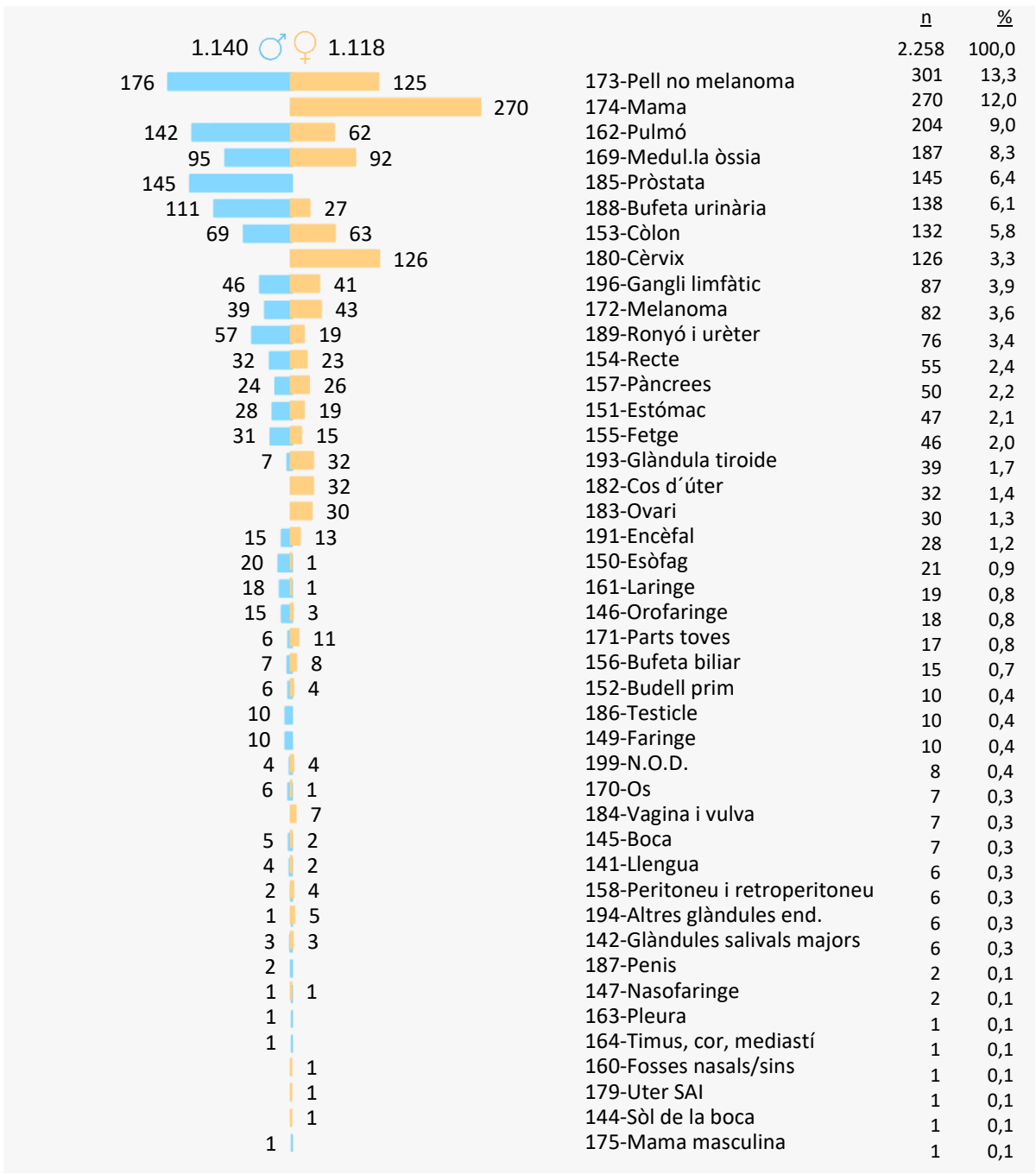
3.4 Localitzacions tumorals

Les localitzacions tumorals es presenten d'acord amb la Classificació Internacional de Malalties per a Oncologia (CIM-O, primera edició). L'augment de casos amb codi de localització tumoral de medul·la òssia i de gangli limfàtic és reflex d'haver pogut sistematitzar la col·laboració amb el Laboratori de cito-hematologia com a font d'informació.

Deixant a banda els tumors de pell no melanoma, en homes les tres localitzacions més freqüents són pulmó (15,5%), pròstata (12,6%) i bufeta urinària

(12,5%), que agrupen el 40,6% dels casos. En dones, les tres localitzacions més freqüents són mama (24,1%), cèrvix (11,3%) i medul·la òssia (8,2%), que agrupen el 43,6% del total de casos en dones. Per a ambdós sexes conjuntament, el càncer de mama és el més freqüent (12,0%); la segona localització és pulmó (9,0%) i medul·la òssia (8,3%) la tercera.

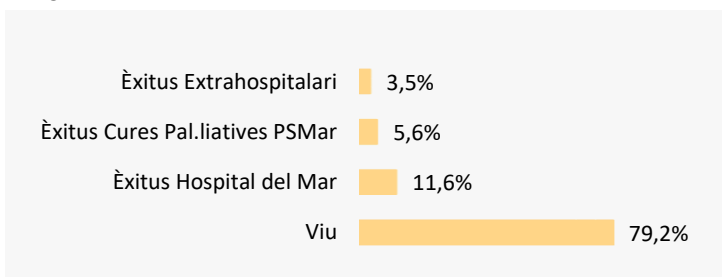
Figura 4. Localitzacions tumorals per sexe. 2022



3.5 Estat en l'últim control

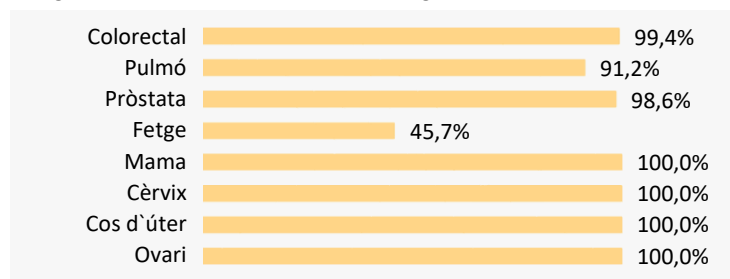
El 17,2% dels pacients diagnosticats de càncer durant l'any 2022 han mort al Parc de Salut MAR (11,6% a l'Hospital del Mar i 5,6% a la Unitat de Cures Pal·liatives). La informació sobre els èxits extrahospitalaris està actualitzada a gener de l'any 2024 a través de l'Índex Nacional de Defunciones.

Figura 5. Estat en l'últim control. 2022



3.6 Confirmació cito-histològica

Figura 6. Confirmació cito-histològica. 2022



El 95,1% dels pacients amb càncer assistits en unitats funcionals tenen confirmació anatomopatològica (citologia i/o histologia del tumor primari o de metàstasi). Totes les localitzacions tenen una confirmació cito-histològica per sobre del 90%, excepte el carcinoma hepatocel·lular, per raó que en pacients amb cirrosi prèvia (>80%) el diagnòstic s'efectua mitjançant criteris radiològics.

3.7 Extensió de la neoplàsia en el moment del diagnòstic

Els tumors es registren segons la classificació TNM/pTNM sempre que és possible, i els casos s'agrupen segons els estadis de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). Els tumors diagnosticats en estadis més avançats han estat els de pulmó, amb un 49,8% dels casos en estadi IV. En

canvi, el 86,3% dels càncers de mama es diagnostiquen en estadis inicials (0, I, II), i el 81,1% dels tumors primaris de cèrvix uterina corresponen a neoplàsies intraepiteliais cervicals de grau III (carcinoma in situ/CIN III). La figura 7a mostra que, en els càncers de fetge, s'utilitza l'estadificació BCLC.

Figura 7a. Extensió de la neoplàsia al moment del diagnòstic. 2022

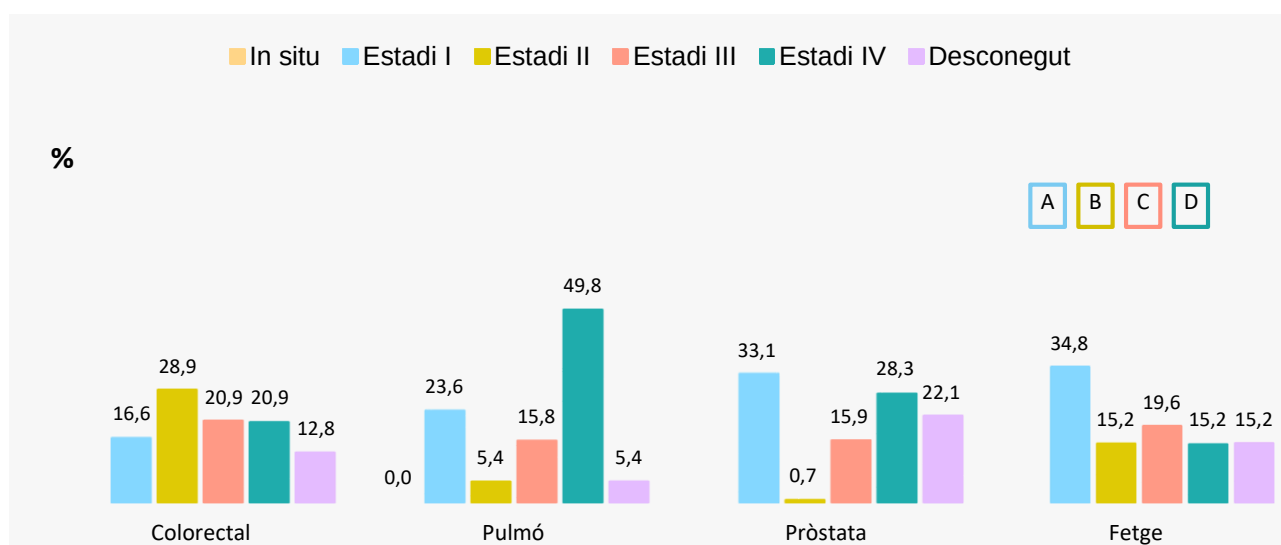
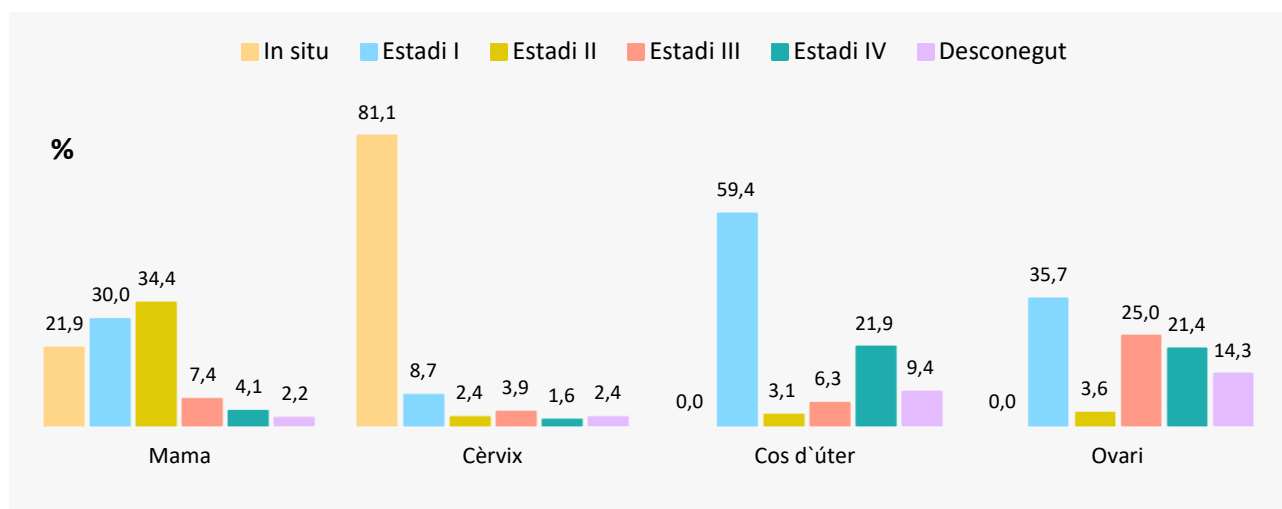


Figura 7b. Extensió de la neoplàsia al moment del diagnòstic. 2022

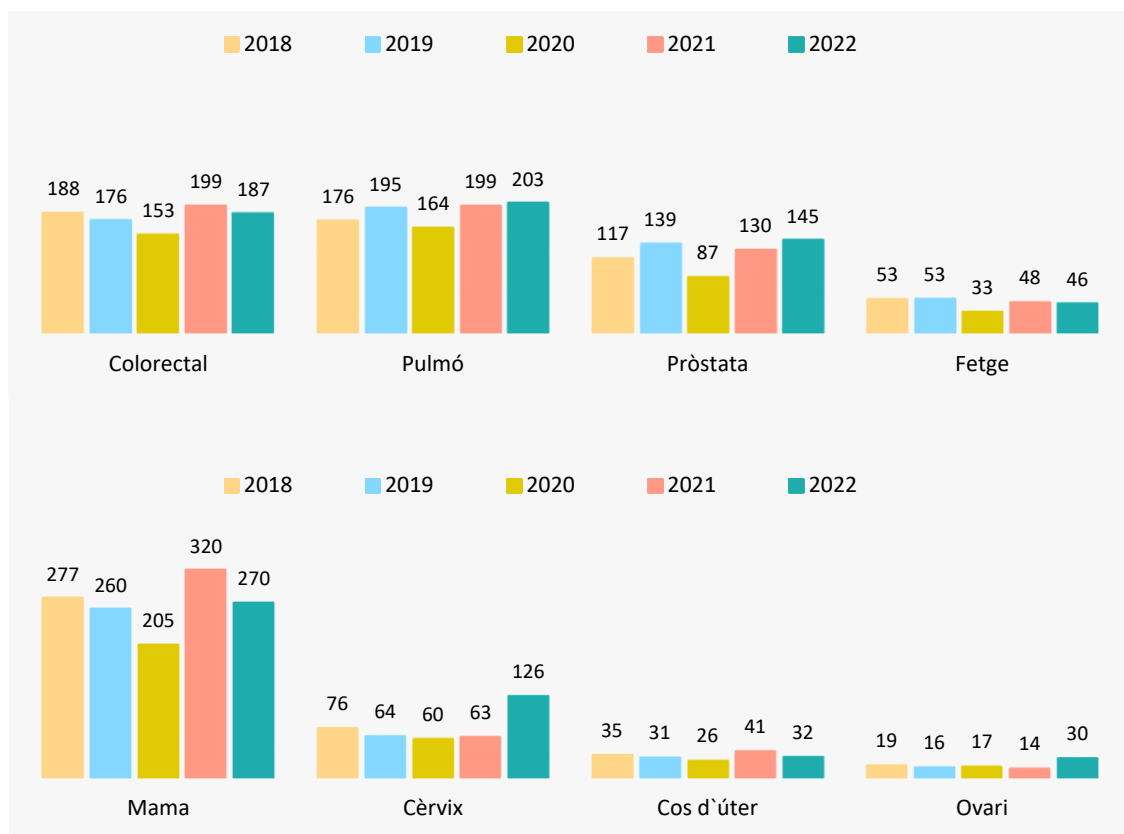


3.8 Evolució del nombre de casos dels principals càncers en els últims 5 anys

Després de l'augment observat el 2021 en la majoria de localitzacions després del primer any de pandèmia, el 2022 es registra un descens en els casos de mama, cos d'úter, colorectal i, lleugerament, en fetsge.

En canvi, hi ha un increment en els casos de pulmó, pròstata, ovari i cèrvix. Cal destacar que l'augment dels casos de cèrvix, específicament de CIN III, s'atribueix a una revisió de la codificació en col·laboració amb el Servei d'Anatomia Patològica.

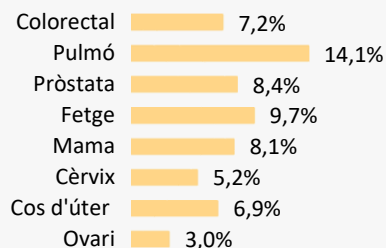
Figura 8. Evolució del nombre de casos segons localització tumoral. 2018-2022



3.9 Neoplàsies múltiples

Al llarg dels darrers vint anys, el nombre de pacients oncològics diagnosticats d'altres tumors primaris (sincrònics o d'anys previs) ha augmentat fins a estabilitzar-se al voltant del 9-12% anual. Si ens centrem per localització (Figura 9), el 2022 destaca que el 14,1% dels càncers de pulmó han tingut un altre tipus de càncer aquell mateix any o anteriorment, seguits dels càncers de fetge i pròstata, amb un 9,7% i un 8,4% respectivament.

Figura 9. Neoplàsies múltiples. 2022



3.10 Tipus de tractament oncològic

En l'anàlisi de l'evolució del total de tractaments oncològics efectuats es té en compte que un malalt pot rebre més d'un tipus de tractament. En la Figura 10 s'observa l'evolució del tractament

quirúrgic al nostre centre. La gran majoria dels tumors de còlon-recte, mama, càrvix uterina, cos uterí i ovari van rebre tractament quirúrgic. En canvi, l'any 2022 en fetge va ser només del 13,0%, en pulmó del 25,1% i en pròstata del 31,7%.

Figura 10. Evolució del tractament quirúrgic segons localització tumoral. 2018-2022



Referent al tractament radioteràpic (Figura 11), el 2022 els tumors de mama són els que més sovint van ser tractats amb radioteràpia (64,8%), seguits dels de cos d'úter (34,4%) i pròstata (31,7%).

Pel que fa a quimioteràpia, els tumors d'ovari (73,3%), pulmó (44,3%), colorectal (39,0%) i

mama (33,3%) són els que més en van rebre (Figura 12). Cal esmentar que un 34,0% dels casos de càncer de fetge han rebut altres tipus de tractaments oncològics (quimioembolització, ablació percutània, etc.).

Figura 11. Evolució del tractament radioteràpic segons localització tumoral. 2018-2022

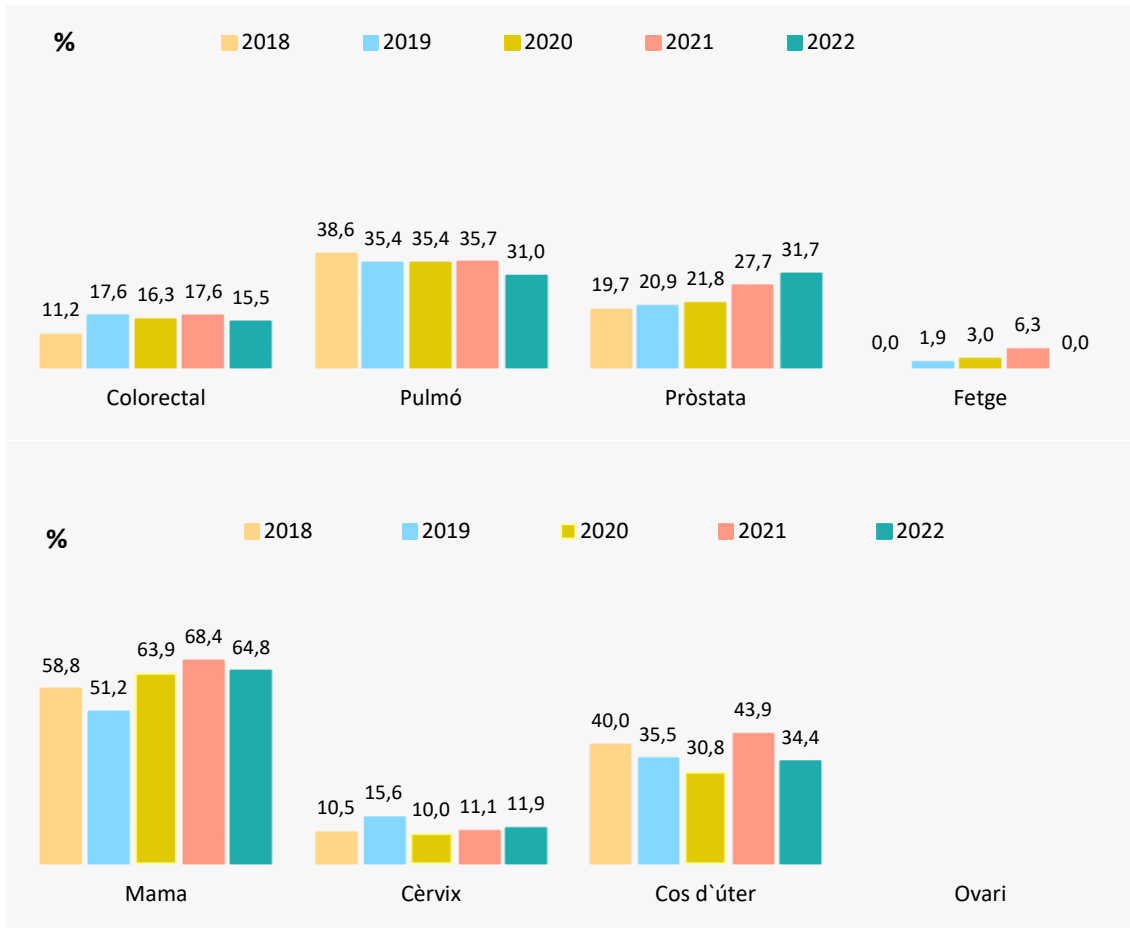
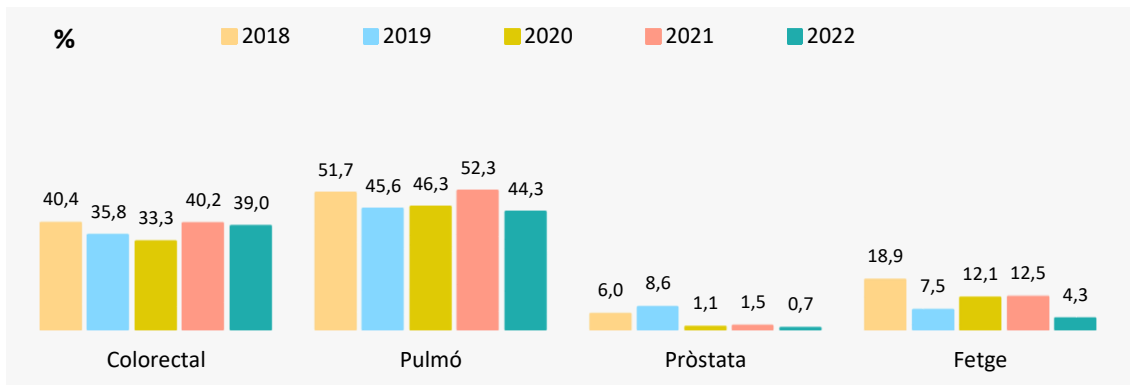
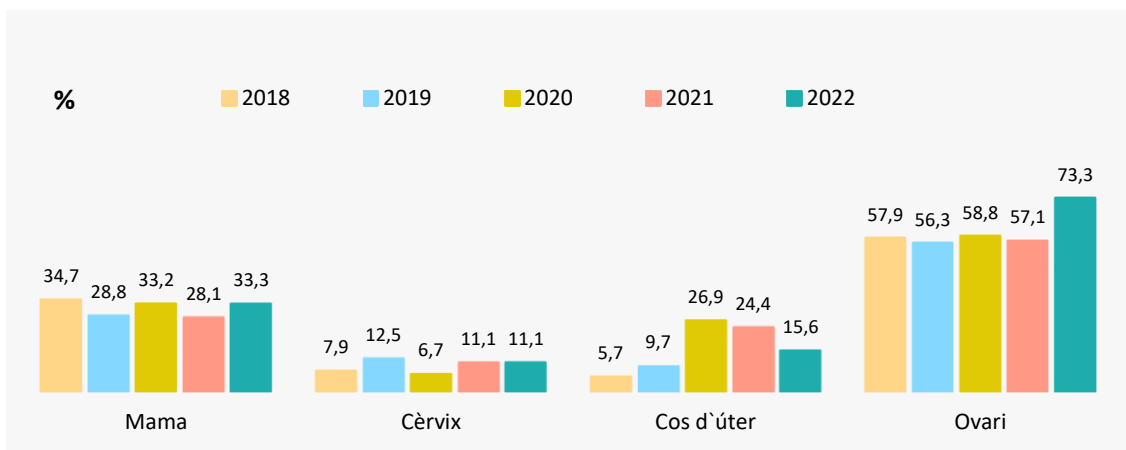


Figura 12. Evolució del tractament quimioteràpic segons localització tumoral. 2018-2022



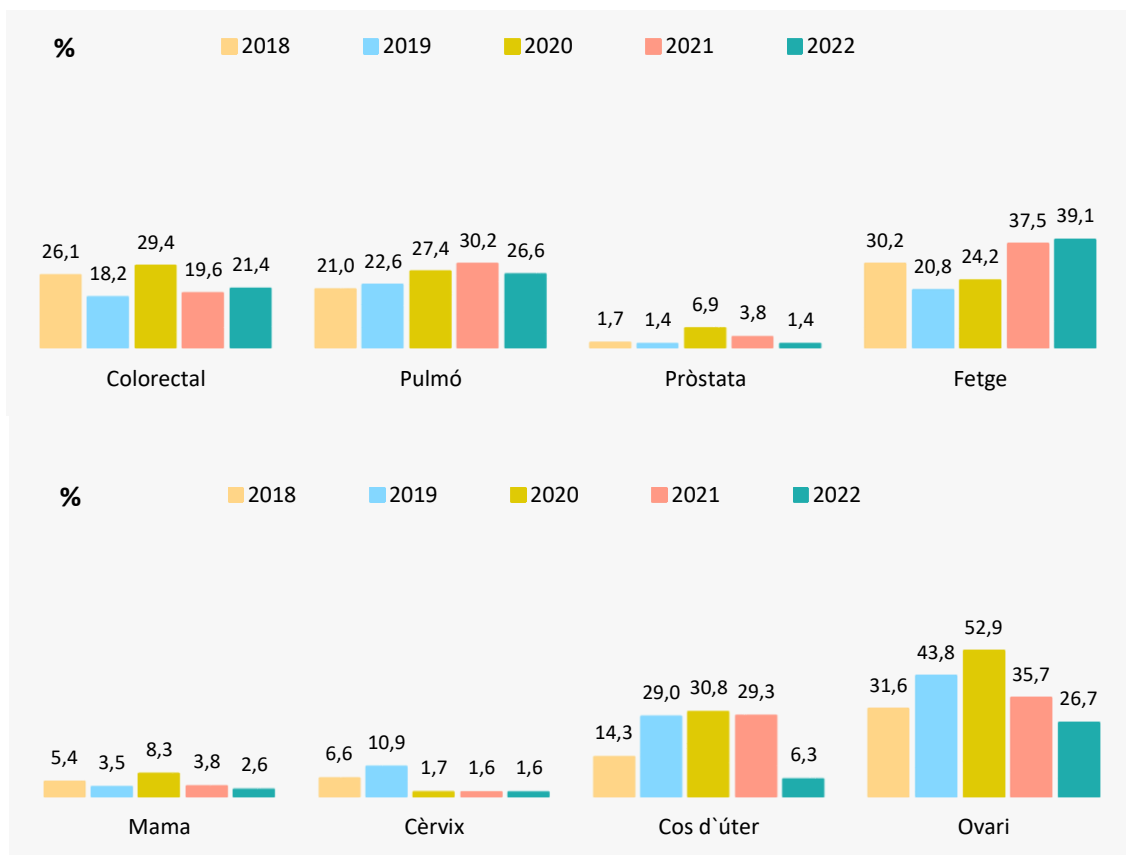


3.11 Tipus de primera consulta a l'Hospital (urgències versus programada)

Respecte l'any anterior, en el 2022 el percentatge de pacients que efectuen la primera consulta a través del Servei d'Urgències ha augmentat únicament en fetge i colorectal, mentre que ha disminuït en pulmó, pròstata, mama, ovari i cos d'úter. Un aspecte positiu és que durant el 2022, el 98,6% dels casos de pròstata, el 97,4% dels casos de mama i el

76,5% dels casos de càncer colorectal van establir el primer contacte amb l'Hospital mitjançant visites programades a consultes externes o a través dels programes de cribratge (colorectal i mama).

Figura 13. Evolució dels casos que contacten via Urgències segons localització tumoral. 2018-2022

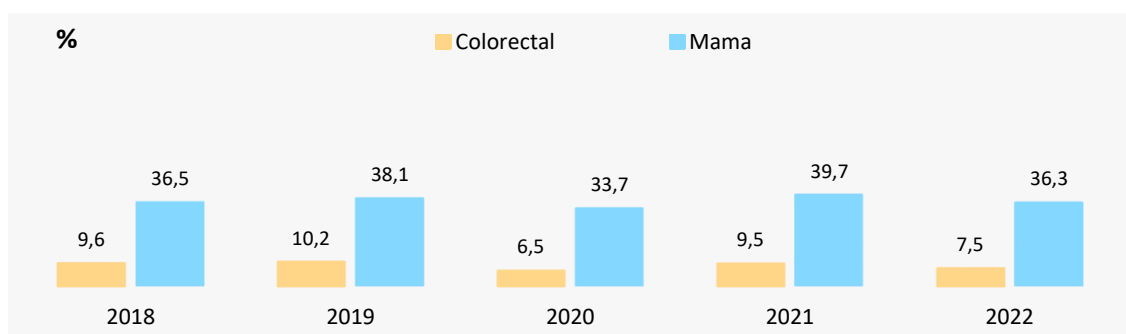


3.12 Diagnòstics per cribratge

El Servei d'Epidemiologia i Avaluació del Parc de Salut MAR gestiona i coordina des del 1995 el *Programa de detecció precoç de càncer de mama* als districtes de Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia i Sarrià-Sant Gervasi. També, i des del seu inici el desembre de 2009, el *Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte* als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí. L'any 2022 el 36,3% del

total de càncers de mama i el 7,5% dels colorectals han estat diagnosticats a través d'aquests programes. Aquest percentatge augmenta fins al 58,3% en mama i el 22,2% en còlon i recte si ho mirem en la franja d'edat de 50 a 69 anys, població diana d'aquests programes de cribratge.

Figura 14. Evolució dels casos diagnosticats per cribratge segons localització tumoral. 2018-2022



3.13 Interval entre la primera consulta a l'Hospital i el primer tractament

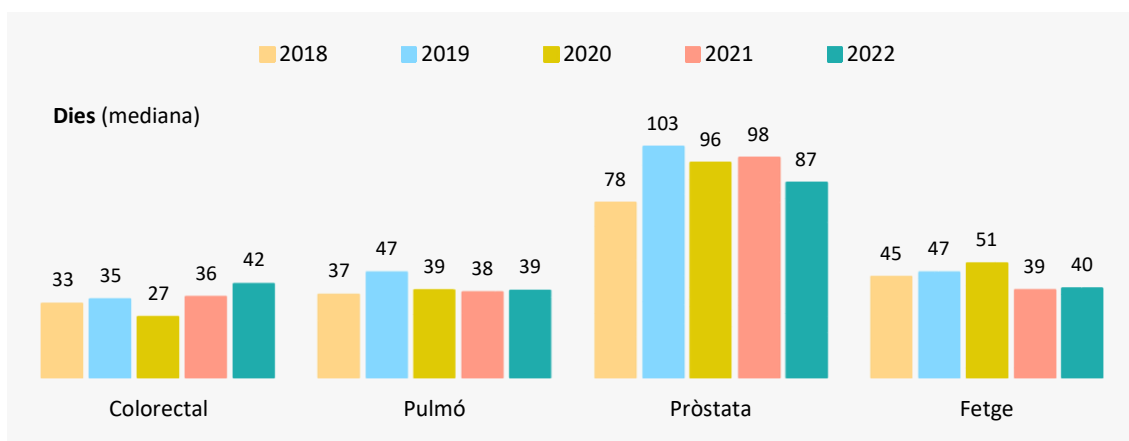
El 2022, els tumors d'ovari presenten una mediana de l'interval entre la primera consulta i el primer tractament de 24 dies, sent les neoplàsies amb l'interval més curt, seguides per les de pulmó (39 dies), fetge i cèrvix (40 dies).

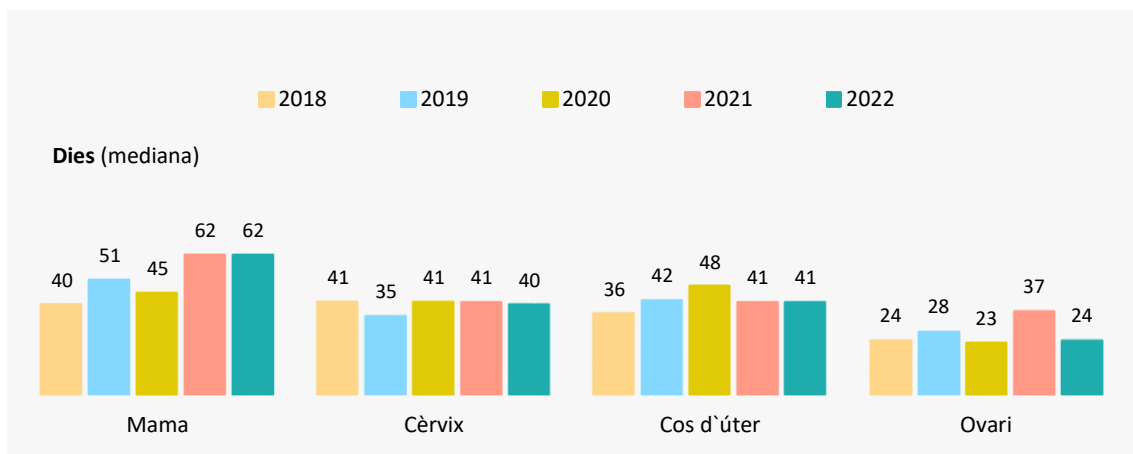
En comparació amb l'any anterior, el 2022 les localitzacions de fetge, pulmó i colorectal han augmentat en aquest interval; mentre que les de ma-

ma i cos d'úter s'han mantingut estables, i les de pròstata, cèrvix i ovari han disminuït.

Es considera com a data de la primera consulta la primera data en què el pacient acudeix a l'Hospital del Mar per raó del seu procés neoplàstic (via urgències, consultes externes, mamografia, ingrés hospitalari, etc.).

Figura 15. Evolució de l'interval entre la primera consulta i el primer tractament, segons localització tumoral. 2018-2022



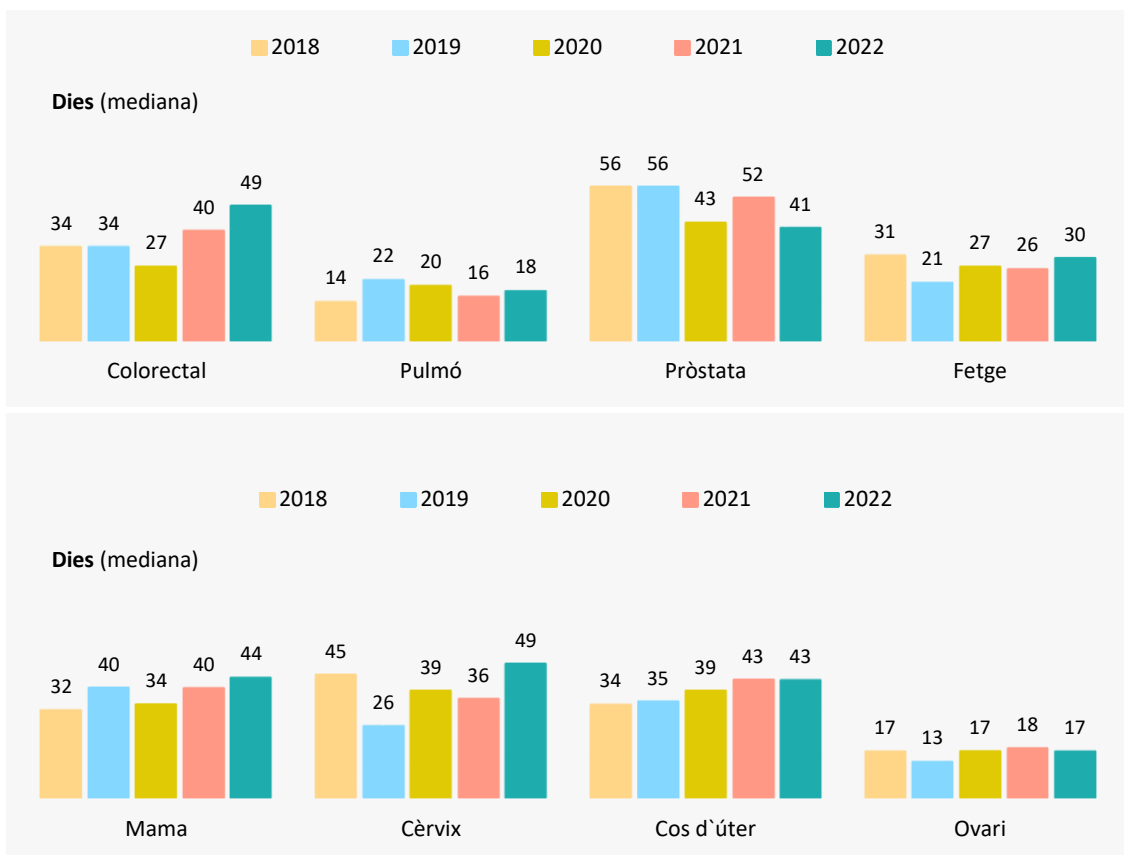


3.14 Interval entre la data del diagnòstic i el primer tractament

Els càncers d'ovari, pulmó i fetge presenten una mediana de menys de 31 dies entre el diagnòstic i el tractament, amb 17, 18 i 30 dies respectivament.

La data del diagnòstic es considera la del diagnòstic de certesa, és a dir, la del primer informe anatomopatològic amb resultat de càncer.

Figura 16. Evolució de l'interval entre diagnòstic i primer tractament, segons localització tumoral. 2018-2022



3.15 Supervivència observada

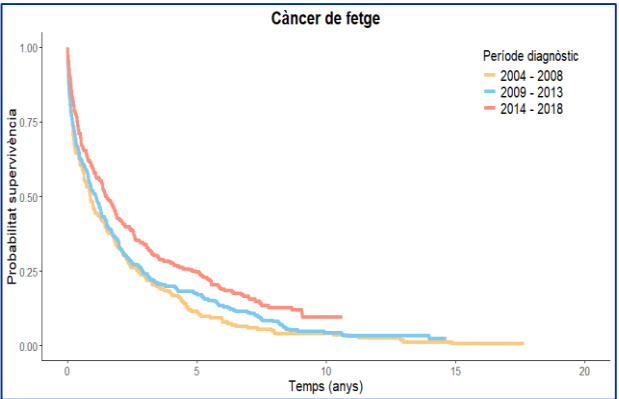
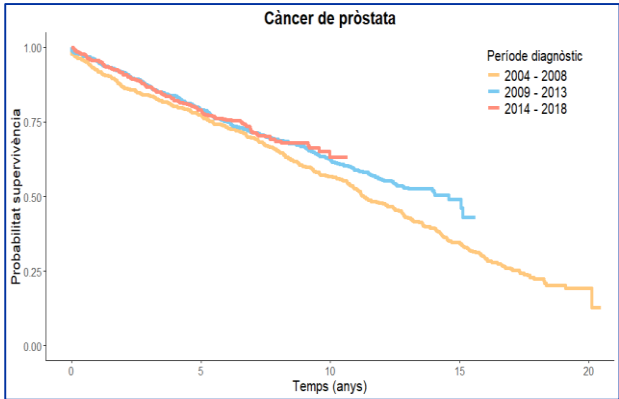
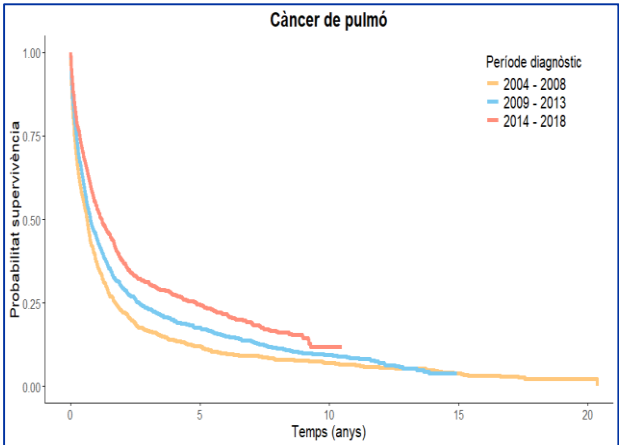
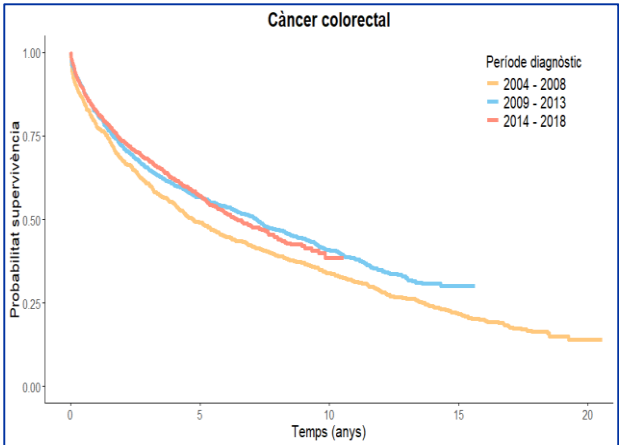
En aquest apartat s’analitzen els casos amb tumors invasius diagnosticats entre els anys 2004 i 2018, amb seguiment fins a l’1 de juliol de 2024. L’esdeveniment estudiat és la mortalitat observada, o sigui, totes les morts independentment de la causa. Els casos vius i els perduts durant el seguiment s’han considerat censurats. Per a l’anàlisi de supervivència s’ha fet servir l’estimador de Kaplan-Meier.

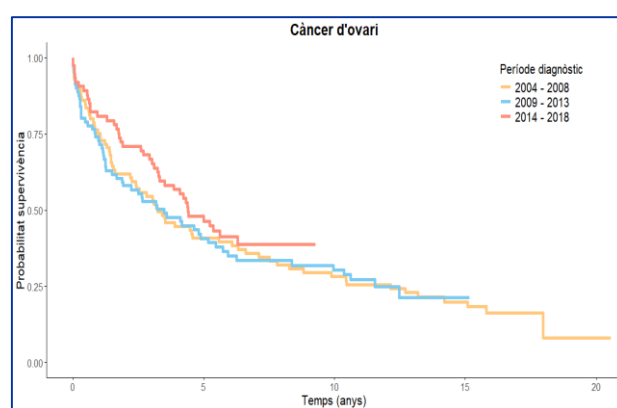
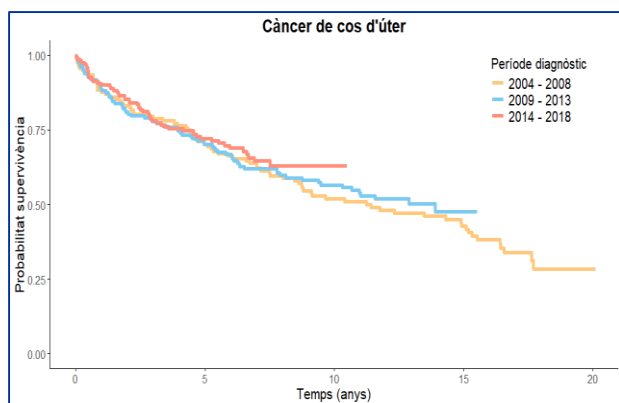
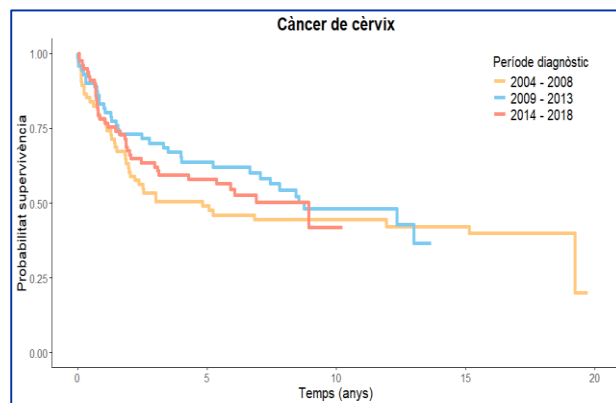
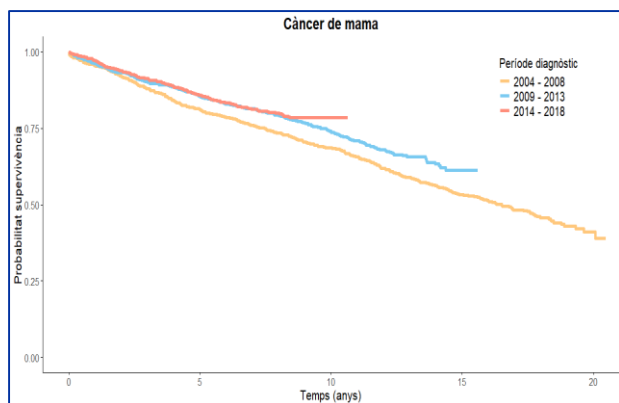
Les figures següents il·lustren les corbes de supervivència de Kaplan-Meier, classificades segons el període de diagnòstic per a les diferents localitzacions analitzades. Els tumors invasius de fetge i pulmó han mostrat un augment significatiu de la supervivència en els últims 5 anys en comparació amb períodes anteriors. Cal destacar que el càncer de pulmó presenta la taxa de supervivència més baixa, seguit pel càncer de fetge. En canvi, el càncer de mama registra la supervivència observada més alta, seguit pel càncer de pròstata.

En el període més recent (2014-2018), la supervivència observada als 5 anys va ser:

2014-2018	SO 5a (%)	IC 95%
Colorectal	56,9	53,9 – 60,0
Pulmó	24,4	21,9 – 27,3
Pròstata	79,0	75,6 – 82,4
Fetge	24,7	20,0 – 30,5
Mama	85,9	83,9 – 87,9
Cos d’úter	72,1	65,5 – 79,3
Cèrvix uterina	58,0	47,8 – 70,2
Ovari	51,4	41,3 – 64,0

SO: Supervivència observada . IC: Interval de confiança





4 CONCLUSIONS

- ✚ Aquests últims 10 anys el volum de casos de neoplàsies ateses a l'Hospital del Mar s'ha mantingut força estable, per sobre dels 2.000 casos anuals, amb una disminució notable l'any 2020 a causa de la pandèmia.
- ✚ Un 73,7% dels pacients provenen de l'àrea de referència de l'hospital, els districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, mentre que un 10,2% dels pacients són de fora de Barcelona.
- ✚ La mitjana d'edat dels pacients diagnosticats és de 67,0 anys, amb un 23,7% dels casos diagnosticats en persones de 80 anys o més.
- ✚ En homes, les localitzacions tumorals més freqüents són pulmó, pròstata i bufeta urinària, mentre que en dones són mama, cèrvix i medul·la òssia.
- ✚ S'ha obtingut confirmació anatomopatològica en el 95,1% dels tumors per als quals es disposa d'unitat funcional.
- ✚ El 49,8% dels càncers de pulmó s'han diagnosticat en estadi IV. Per contra, el 86,3% dels càncers de mama es diagnostiquen en estadis inicials (0,I,II).
- ✚ El 14,1% dels pacients amb càncer de pulmó, el 9,7% dels de fetge i el 8,4% dels de pròstata ja han estat diagnosticats d'un altre tumor primari amb anterioritat o sincrònicament.
- ✚ Els tumors de fetge (13,0%) i pulmó (25,1%) tenen les taxes de cirurgia més baixes. Els tumors de mama són els que més tractament radioteràpic van rebre (64,8%), seguits dels de cos d'úter (34,4%) i pulmó (31,7%).
- ✚ El percentatge de pacients que efectuen la primera consulta a través del Servei d'Urgències ha augmentat el 2022 en fetge i colorectal, mentre que ha disminuït en pulmó, pròstata, mama, ovari i cos d'úter, comparat amb l'any 2021.
- ✚ Els programes de detecció precoç han contribuït significativament al diagnòstic dels càncers de mama i colorectal, amb un 58,3% dels casos de mama i un 22,2% dels casos de colorectal detectats en la franja d'edat de la població diana.
- ✚ Els tumors d'ovari i pulmó presenten una mediana de l'interval primera consulta-tractament de 24 i 39 dies, respectivament, essent les neoplàsies amb un interval més curt durant el 2022.
- ✚ Els càncers de fetge i pulmó han mostrat un augment significatiu en les taxes de supervivència durant els darrer quinquenni. Tanmateix, el càncer de pulmó és el que presenta una supervivència observada més baixa (24,4% als 5 anys del diagnòstic), seguit pel de fetge (24,7%), mentre que la de mama és la més alta (85,9%), seguit de pròstata (79,0%).

5 COL·LABORACIONS I PUBLICACIONS

Tal com s'ha esmentat en la introducció, un dels objectius del RTHMar és contribuir a la producció i difusió científiques. Al llarg dels anys el RTHMar ha col·laborat en un nombre important d'estudis de recerca, tant clínics com epidemiològics, de diferents serveis de l'Hospital del Mar, de l'IMIM i de centres hospitalaris i institucions externes.

Per facilitar aquestes col·laboracions el RTHMar disposa, tant a la intranet com a la pàgina web del Parc de Salut Mar, d'un formulari de sol·licitud d'informació per als investigadors interessats a obtenir informació del RTHMar. El RTHMar vetlla en tot moment per mantenir la confidencialitat i el bon ús de la informació que es facilita.

Alguns exemples de col·laboracions recents del RTHMar:

- ✚ Col·laboracions amb els serveis d'Oncologia Mèdica, Anatomia Patològica, Digestologia, Ginecologia i Obstetrícia, Cirurgia General, Cirurgia Toràctica, Pneumologia, Urologia, Neurologia, Control de Gestió –entre altres de l'Hospital del Mar– com a font d'informació de dades clíniques i/o epidemiològiques, dades de seguiment i supervivència, identificació de factors predictors, intervals de temps del procés assistencial, suport metodològic, etc.
- ✚ Col·laboració amb el Servei d'Anatomia Patològica del PSMAR en el mapeig i validació del sistema de codificació dels informes d'anatomia patològica que s'està actualitzant al nou SNOMED-CT (Systematized Nomenclature of Medicine–Clinical Terms) a fi de permetre'n la implementació en l'estació de treball IMASIS i la publicació en la història compartida de Catalunya (HC3).
- ✚ Col·laboració periòdica amb el Servei de Salut Laboral en la identificació de casos de càncer de possible origen professional.
- ✚ Col·laboració amb el MARBiobanc referent als pacients oncològics del PSMAR amb mostres dipositades en el Biobanc i que el RTHMar té registrats.

- ✚ Col·laboracions amb diferents grups de recerca de l'IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques).
- ✚ Col·laboració amb el Pla Director d'Oncologia, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per a validar l'estadi clínic obtingut a partir de la base de dades administrativa del CMBD-HA de Catalunya en pacients de càncer de mama i càncer colorectal, actuant el RTHMar com a *gold standard*.
- ✚ Col·laboració amb el Pla Director d'Oncologia, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, com a font d'informació en estudis sobre modelització del cost hospitalari.
- ✚ Col·laboració amb l'Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP) per a la validació del SIDIAP (Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària), actuant el RTHMar com a *gold standard* per a mesurar la sensibilitat i qualitat de la informació recollida en l'Atenció Primària.
- ✚ Col·laboració amb el Registre poblacional de Càncer de Girona i amb el Registre poblacional de Càncer de Tarragona, facilitant l'exhaustivitat i la millora de la qualitat d'aquests Registres mitjançant la identificació de pacients de la seva àrea atesos al Parc de Salut Mar.
- ✚ Col·laboracions amb el Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona en el marc de la investigació de possibles casos de tumors relacionats amb components ambientals i/o laborals.

D'altra banda, amb informació directament proporcionada pel RTHMar s'han publicat en els darrers 15 anys els següents articles:

- ✚ Casanovas F, et al. Cancer characteristics in patients with schizophrenia: a 25-year retrospective analysis. *Psychiatry Res.* 2024 Sep 19;342:116206.
- ✚ Leis A, et al. Exploring the association of cancer and depression in electronic health records: combining encoded diagnosis and mining free-text clinical notes. *JMIR Cancer.* 2022;8(3):e39003.
- ✚ Bosch G, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer screening indicators in a Spanish population-based program: a cohort study. *Elife.* 2022 Jun 10;11:e77434.
- ✚ Esteva M, et al. Relationship between time from symptom's onset to diagnosis and prognosis in patients with symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer.* 2022;22(1):910.
- ✚ Canillas L, et al. Prevalence and characteristics of hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma in a Spanish university hospital. *Cancer Epidemiol.* 2022;78:102142.
- ✚ Nicolau P, et al. P53 y otros factores predictores de la carga axilar en los distintos inmunofenotipos del cáncer de mama. *Rev Senol Patol Mamar.* 2022;34(2):70-6.
- ✚ Recalde M, et al. Validation of cancer diagnoses in electronic health records: results from the information system for research in primary care (SIDIAP) in Northeast Spain. *Clin Epidemiol.* 2019; 11:1015-24.
- ✚ Escribà JM, et al. Detection of incident breast and colorectal cancer cases from an administrative healthcare database in Catalonia, Spain. *Clin Transl Oncol.* 2020;22(6):943-52.
- ✚ Buron A, et al. Changes in FIT values below the threshold of positivity and short-term risk of advanced colorectal neoplasia: results from a population-based cancer screening program. *Eur J Cancer.* 2019; 107: 53-9.
- ✚ Buron A, et al. Population-based colorectal cancer screening: Interval cancers and relationship with the quantitative faecal immunological for hemoglobin. *Med Clin (Barc).* 2019; 152(8):303-6.
- ✚ Esteva M, et al. Emergency presentation of colorectal patients in Spain. *PLoS One.* 2018; 13(10): e0203556.
- ✚ Sala M, et al. Survival and disease-free survival by breast density and phenotype in interval breast cancers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2018; 27(8):908-16.
- ✚ Otero I, et al. Adherence to follow-up in high-risk adenoma patients diagnosed by, and excluded from the Barcelona colorectal cancer screening programme. *Gastroenterol Hepatol.* 2018; 41(4):226-33.
- ✚ Parés-Badell O, et al. Impact of comorbidity on survival by tumour location: Breast, colorectal and lung cancer (2000-2014). *Cancer Epidemiol.* 2018; 49:66-74.
- ✚ Leiva A, et al. Time to diagnosis and stage of symptomatic colorectal cancer determined by three different sources of information: A population based retrospective study. *Cancer Epidemiol.* 2018; 47:48-55.
- ✚ Radon TP, et al. Identification of a Three-Biomarker Panel in Urine for Early Detection of Pancreatic Adenocarcinoma. *Clin Cancer Res.* 2015; 21(15):3512-21.
- ✚ Corral J, et al. [Estimation of hospital costs of colorectal cancer in Catalonia (Spain)]. *Gac Sanit.* 2015; 29(6):437-44.
- ✚ Sala M, et al. Does digital mammography suppose an advance in early diagnosis? Trends in performance indicators 6 years after digitalization. *Eur Radiol.* 2015; 25(3):850-9.

- ✚ Murta-Nascimento C, et al. The effect of smoking on prostate cancer survival: a cohort analysis in Barcelona. *Eur J Cancer Prev.* 2015; 24(4):335-9.
- ✚ Blanch J, et al. Impact of risk factors on different interval cancer subtypes in a population-based breast cancer screening programme. *PLoS One.* 2014; 9(10): e110207.
- ✚ Manzanares-Laya S, et al. [Development and validation of an algorithm to identify cancer recurrences from hospital data bases]. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(4):237-44.
- ✚ Monleon S, et al. Lymphedema predictor factors after breast cancer surgery: A survival analysis. *Lymphat Res Biol.* 2015; 13(4):268-74.
- ✚ Garcia-Gil M, et al. Linking of primary care records to census data to study the association between socioeconomic status and cancer incidence in Southern Europe: a nation-wide ecological study. *PLoS One.* 2014; 9(10): e109706.
- ✚ Esteva M, et al; DECCIRE GROUP. Age differences in presentation, diagnosis pathway and management of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol.* 2014; 38(4):34.
- ✚ Domingo L, et al; INCA Study Group. Tumor phenotype and breast density in distinct categories of interval cancer: results of population-based mammography screening in Spain. *Breast Cancer Research.* 2014; 16:R3.
- ✚ Rojo F, et al. Gene expression profiling in true interval breast cancer reveals over activation of mTOR signaling pathway. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014; 23(2):288-99.
- ✚ Domingo L, et al. Aggressiveness features and outcomes of true interval cancers: comparison between screen-detected and symptom-detected cancers. *Eur J Cancer Prev.* 2013; 22(1):21-8.
- ✚ Macià F, et al. Time from (clinical or certainty) diagnosis to treatment onset in cancer patients: the choice of diagnostic date strongly influences differences in therapeutic delay by tumor site and stage. *J Clin Epidemiol.* 2013; 66(8): 928-39.
- ✚ Esteva M, et al. Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer.* 2013; 13(1):87.
- ✚ Orozco-Levi M, et al. Lack of MICA expression predicts a worse prognosis in patients with bladder cancer. *Open Journal of Pathology.* 2013; 3(1):41-50.
- ✚ Macià F, et al. Factors affecting 5- and 10-year survival of women with breast cancer: an analysis based on a public general hospital in Barcelona. *Cancer Epidemiol.* 2012;36(6):554-9.
- ✚ Agüero F, et al. Colorectal cancer survival: Results from a hospital-based cancer registry. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012; 104 (11): 572-7.

