

INFORME 2025

Registre de Tumors



Informe 2025 del Registro de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar), Barcelona.

Autors:

Adrià Moncusí Armengol, Xavier Villanueva Castelltort, Alícia Noguera Llauradó, Montserrat Bonilla Montón, Antonia Caro Agudo, Cristina Barrufet Gonzalez, Andrea Burón Pust.

Responsables de l'informe:

Adrià Moncusí Armengol, Andrea Burón Pust, Maria Sala Serra.
Servei d'Epidemiologia i Avaluació

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, Cristina Hernández Rodríguez, Àngels Hospital Naudó, Francesc Macià Guilà, 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 Serratosa Cruzado.

Cita recomanada:

Moncusí A, Villanueva X, Noguera A, Bonilla M, Caro A, Barrufet C, Burón A. Informe 2025 del Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar), Barcelona. Barcelona: Parc de Salut MAR; 2025.

© 2025, Parc de Salut MAR. Barcelona.

Contacte:

Adrià Moncusí Armengol
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 39 29
adria.moncusi.armengol@hmar.cat
www.parcdesalutmar.cat/epidemiologia

ÍNDEX

1	INTRODUCCIÓ	1
2	ACTIVITAT ONCOLÒGICA	2
3	MATERIAL I MÈTODES INFORME RTHMAR	2
3.1	CASOS ANALITZATS	2
3.2	FONTS D'INFORMACIÓ	3
3.3	RTHMAR: VARIABLES RECOLLIDES AL REGISTRE	3
3.4	DEFINICIONS OPERATIVES VARIABLES RELLEVANTS	4
4	RESULTATS RTHMar	5
4.1	ANÀLISIS DESCRIPTIU	5
4.1.1	Evolució del nombre de neoplàsies registrades	5
4.1.2	Districte municipal de referència	5
4.1.3	Edat i sexe	6
4.1.4	Localitzacions tumorals	7
4.1.5	Estat en l'últim control	8
4.1.6	Confirmació cito-histològica en tumors d'unitats funcionals	8
4.1.7	Extensió de la neoplàsia en el moment del diagnòstic dels tumors de les unitats funcionals	8
4.2	EVOLUCIÓ TEMPORAL (2019-2023)	9
4.2.1	Evolució del nombre de casos dels principals càncers en els últims 5 anys	9
4.2.2	Neoplàsies múltiples	10
4.2.3	Tipus de tractament oncològic	10
4.2.4	Tipus de primera consulta a l'Hospital (urgències <i>versus</i> programada)	12
4.2.5	Diagnòstics per cribratge poblacional	13
4.2.6	Interval entre la primera consulta a l'Hospital i el primer tractament	13
4.2.7	Interval entre la data del diagnòstic i el primer tractament	15
4.3	SUPERVIVÈNCIA OBSERVADA	16
5	CONCLUSIONS	18
6	COL·LABORACIONS I PUBLICACIONS	19

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 instrument fonamental 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 de recerca** 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.

L'**Informe del 2025 del RTHMar** s'estructura per facilitar una visió integrada de l'activitat oncològica de l'Hospital del Mar i dels casos registrats al Registre de Tumors.

En primer lloc, es presenta un apartat dedicat a l'**activitat oncològica estimada** de l'Hospital del Mar, que inclou tant els casos registrats al RTHMar com altres processos assistencials amb implicació oncològica no inclosos dins els criteris del registre. Aquest apartat disposa d'un objectiu i uns criteris d'inclusió propis, i pretén oferir una aproximació global al volum i a la distribució de l'activitat assistencial oncològica del centre.

A continuació, l'apartat de **Material i Mètodes** descriu de manera detallada els casos analitzats dins el Registre de Tumors, les fonts d'informació utilitzades i les definicions operatives de les principals variables. Els **resultats** corresponents als **casos inclosos al Registre de Tumors** inclouen la informació agregada per al conjunt de casos registrats i, de manera més detallada, 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 a l'Hospital del Mar. A continuació, s'analiza l'evolució d'algunes variables al llarg del quinquenni 2019–2023 i es presenten les anàlisis de supervivència de les principals localitzacions tumorals per als casos diagnosticats entre els anys 2005 i 2019.

2 ACTIVITAT ONCOLÒGICA

A partir de l'any 2020 s'ha estimat l'activitat oncològica del centre amb l'objectiu de disposar d'una visió integrada, sistemàtica i actualitzada del volum de casos atesos, de la seva evolució temporal i de la càrrega assistencial associada (Figura 1).

Aquesta aproximació permet millorar la planificació, l'avaluació i el seguiment estratègic de l'atenció oncològica al centre, completant la informació específica que proporciona el Registre de Tumors.

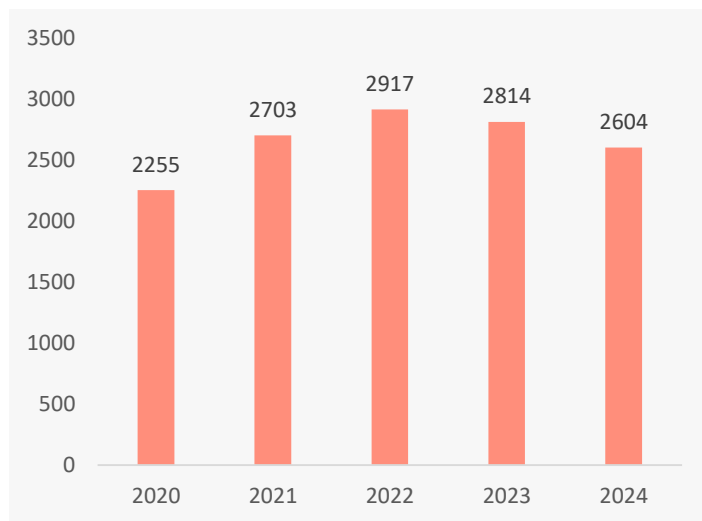
L'activitat oncològica estimada inclou els casos del Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar) i altres episodis clínics. En aquesta estimació s'han considerat:

- Segones opinions d'Oncologia.
- Neoplàsies benignes del sistema nerviós central.
- Pacients derivats per tractament radioteràpic a l'Hospital del Mar.
- Casos de càncer colorectal diagnosticats en centres externs amb estudi anatomopatològic realitzat a l'Hospital del Mar.
- Neoplàsies malignes secundàries de fetge i de conductes biliars intrahepàtics.

Adicionalment, s'ha aplicat un factor del 10% d'acord amb les estimacions descrites a la bibliografia especialitzada per a l'infraregistre.

L'activitat oncològica estimada presenta un augment sostingut de 2.255 casos el 2020 fins a un màxim de 2.917 el 2022, seguit d'un descens moderat a 2.814 el 2023 i més pronunciat a 2.604 el 2024, mantenint-se, no obstant, per sobre dels nivells pre-pandèmia.

Figura 1. Evolució i volum de l'activitat oncològica estimada.



3 MATERIAL I MÈTODES INFORME RTHMAR

3.1 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. Les dades registrades estan **actualitzades fins a l'any 2023**, ja que la seva consolidació requereix una revisió sistemàtica i exhaustiva de les històries clíniques, fet que limita tots els anàlisis del registre a aquest any de tall. 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 intraepitelials 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.

3.2 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 (Apartat 3.3). 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 de l'Hospital del MAR, la data de seguiment s'actualitza; també en cas que el pacient sigui èxitus a l'Hospital. Per als pacients sense activitat registrada a l'Hospital del Mar, s'efectua anualment un encreuament amb l'**Índex Nacional de Defuncions** per verificar l'estat vital i actualitzar la informació de seguiment.

3.3 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

3.4 DEFINICIONS OPERATIVES VARIABLES RELLEVANTS

Data del diagnòstic: Es defineix com la data del primer diagnòstic cito-histològic de la neoplàsia, corresponent a la data de signatura de l'informe d'Anatomia Patològica. En casos de diagnòstic per autòpsia, s'utilitzarà la data de l'informe final. Quan no hi hagi confirmació cito-histològica, la data del diagnòstic serà aquella en què s'obtingui el resultat d'una exploració, prova o test bioquímic positiu que constitueixi la base més fiable del diagnòstic. Per exemple, si des de l'Atenció Primària s'ha obtingut una citologia positiva, aquesta data prevaldrà com a data de diagnòstic, encara que l'examen citològic es repeteixi posteriorment a l'hospital.

Data de la primera consulta: Es defineix com la data de la primera consulta (hospitalització, urgències o consultes externes) del pacient a l'hospital en relació amb la seva neoplàsia actual. Correspon a la primera consulta per símptomes relacionats amb la neoplàsia, tant si es fa el diagnòstic clínic com si no, encara que es detecti més tard. En tumors trobats casualment durant una intervenció quirúrgica, és la data de la intervenció.

En els programes de cribratge, la data de primera consulta és: en càncer de mama, la data de la mamografia (o de la mamografia de control avançat en casos de citació precoç); en càncer colorectal, la data de la visita a la Consulta de Cribratge després d'un test positiu, o la data de la colonoscòpia de control que diagnostica el càncer en pacients en seguiment periòdic.

En càncers diagnosticats en pacients amb processos crònics (hepatocarcinoma en cirròtics, càncer de pulmó en seguiment de nòdul pulmonar solitari, càncer de pròstata en prostatisme, etc.), s'utilitza la data de la consulta immediatament anterior a la visita en què s'examina la prova sospitosa que porta al diagnòstic. Per exemple, en càncer de pròstata, la visita en què s'examina el PSA sospitos i es demana la biòpsia.

Localització CIM-O: Es defineix com el codi de localització topogràfica del tumor primari segons la Classificació Internacional de Malalties per a Oncologia (CIM-O, 1a edició, 1977).

Histologia CIM-O: Correspon al codi morfològic del tumor segons la Classificació Internacional de Malalties per a Oncologia (CIM-O, 1a edició, 1977). El codi SNOMED segueix fidelment la CIM-O. Es codifica la histologia més fiable, revisant el codi que apareix automàticament quan hi ha un

informe anatomopatològic posterior que precisa o varia el diagnòstic. En cas de dubte entre dues histologies, es codifica la que motiva la decisió terapèutica. Quan es desconeix el codi cito-histològic (per exemple, neoplàsia intervinguda fa molts anys en un altre centre), s'utilitza el codi 8000/3 (neoplàsia maligna o tumor maligne SAI).

Data del primer tractament: Correspon a la data del primer tractament oncològic. Quan s'han realitzat dues intervencions quirúrgiques, s'informa la data de la intervenció més radical. Per al càlcul d'interval que inclouen la data de primer tractament, quan aquest s'ha efectuat en dos temps perquè la primera intervenció no ha estat prou radical, es continua informant com a primer tractament la data de la cirurgia més radical, però es recull la data de la primera intervenció en el camp "Data 1a intervenció quirúrgica", a partir de la qual es calcula l'interval. Quan no es realitza tractament oncològic, la data correspon al dia en què (per ordre decreixent de prioritat): es produeix el rebuig del tractament per part del pacient; s'efectua cirurgia exploradora i es pren la decisió de no tractar; es pren la decisió de no tractar (via Comitè de Tumors o curs clínic); es practica l'última exploració que porta a la decisió de no tractar; s'administra el tractament simptomàtic; o, si no se'n pot trobar cap d'aquestes, la data d'alta hospitalària.

4 RESULTATS RTHMar

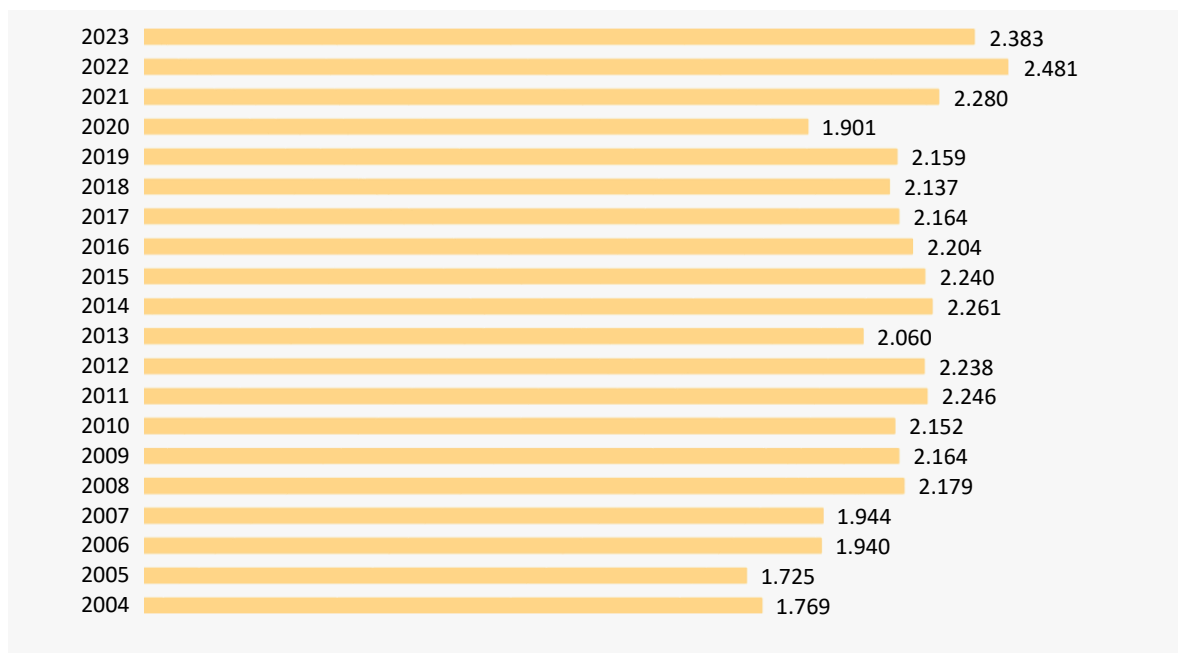
4.1 ANÀLISIS DESCRIPTIU

4.1.1 Evolució del nombre de neoplàsies registrades

El volum de neoplàsies identificades al Registre de Tumors de l'Hospital del Mar s'ha mantingut per sobre dels 2.000 casos anuals la major part dels últims 20 anys. El 2020 hi va haver un clar descens degut a la pandèmia, el qual s'ha recuperat durant els anys 2021- 2023 (Figura 2).

Durant l'any 2023, el 96,4% dels càncers invasius o *in situ* han estat diagnosticats i/o tractats a l'Hospital del Mar. Corresponen als 2.197 casos analitzats en els següents apartats.

Figura 2. Evolució de nombre de neoplàsies registrades pel RTHMar (2004-2023)

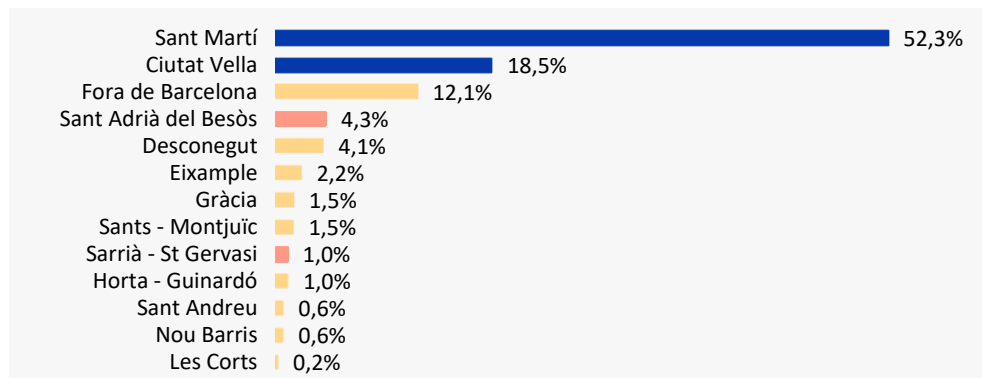


4.1.2 Districte municipal de referència

El 70,8% dels casos registrats l'any 2023 procedeixen dels districtes de Ciutat Vella i de Sant Martí (Figura 3). Queda clara l'atracció de l'Hospital envers la seva àrea de referència. D'altra banda, un 12,1% dels malalts prové de fora de la ciutat de

Barcelona, xifra que no inclou 4,3% que són de Sant Adrià del Besòs (el barri de la Mina forma part de l'AIS Litoral Mar i té l'Hospital del Mar com a referent).

Figura 3. Procedència dels pacients - Distribució per districtes municipals de Barcelona. 2023



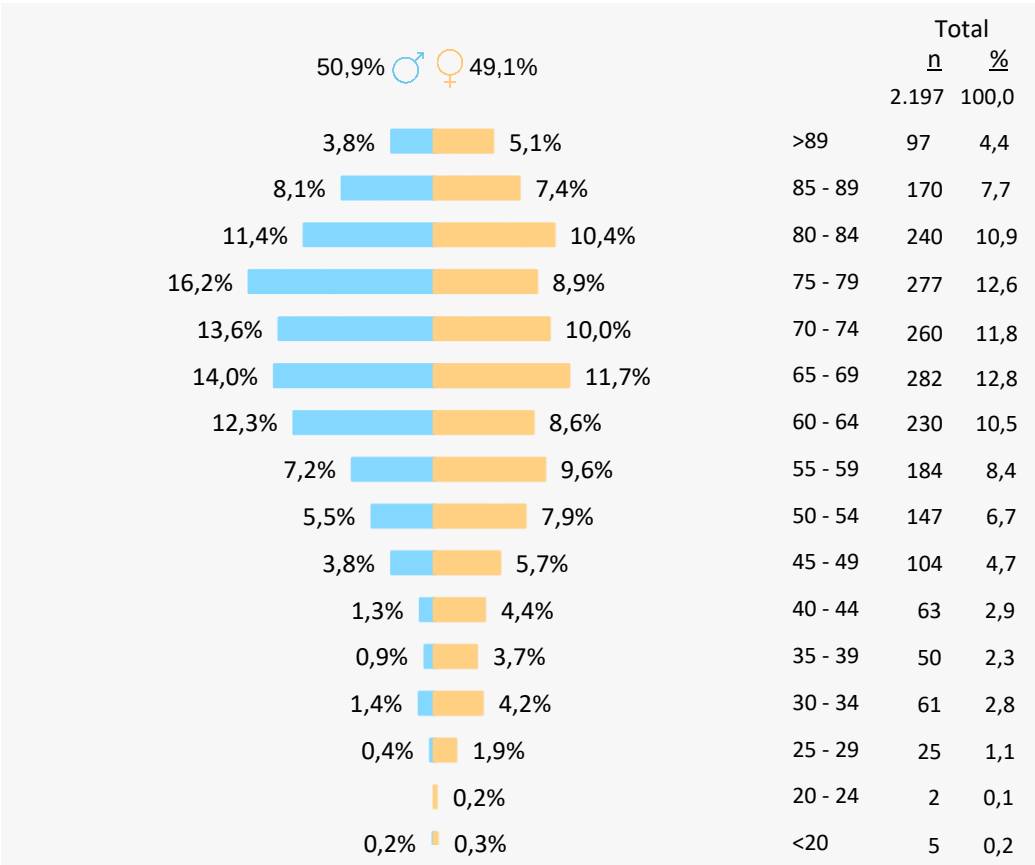
* Els districtes destacats en color blau constitueixen l'àrea de referència pròpia de l'Hospital del Mar. Els districtes en color coral representen àrees de referència parcial que contenen Àrees Bàsiques de Salut (ABS) incloses en programes de cribratge poblacional o assignades com a ABS de referència per a l'hospital.

4.1.3 Edat i sexe

La mitjana d'edat dels malalts del 2023 és de 66,9 anys. Destaca que un 23,1% (507 casos) tenen 80 anys o més en el moment del diagnòstic. Els homes representen el 50,9% dels casos i les dones el 49,1% (Figura 4).

En homes la franja d'edat amb més casos és la de 75 a 79 anys (181 casos; 16,2%). En dones és la franja dels 65 a 69 anys (126 casos; 11,7%). El percentatge de dones és superior al d'homes en totes les franges d'edat per sota dels 60 anys i per sobre dels 89.

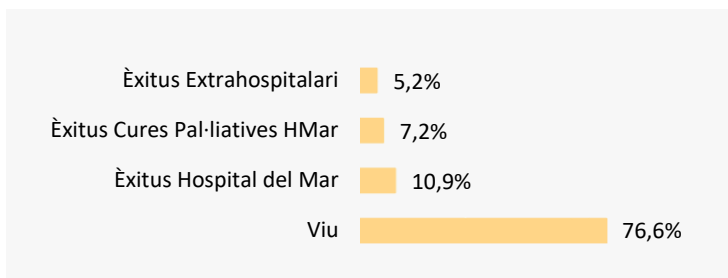
Figura 4. Edat (anys) i sexe. 2023



4.1.5 Estat en l'últim control

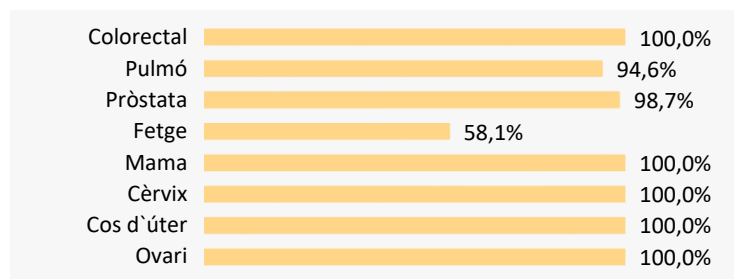
A 15 de maig de 2025, el 18,1% dels pacients diagnosticats de càncer durant l'any 2023 han mort a l'Hospital del Mar, distribuïts en un 7,2% a la Unitat de Cures Pal·liatives i un 10,9% a altres serveis hospitalaris, com es veu a la Figura 6.

Figura 6. Estat en l'últim control. 2023



4.1.6 Confirmació cito-histològica en tumors d'unitats funcionals

Figura 7. Confirmació cito-histològica. 2023



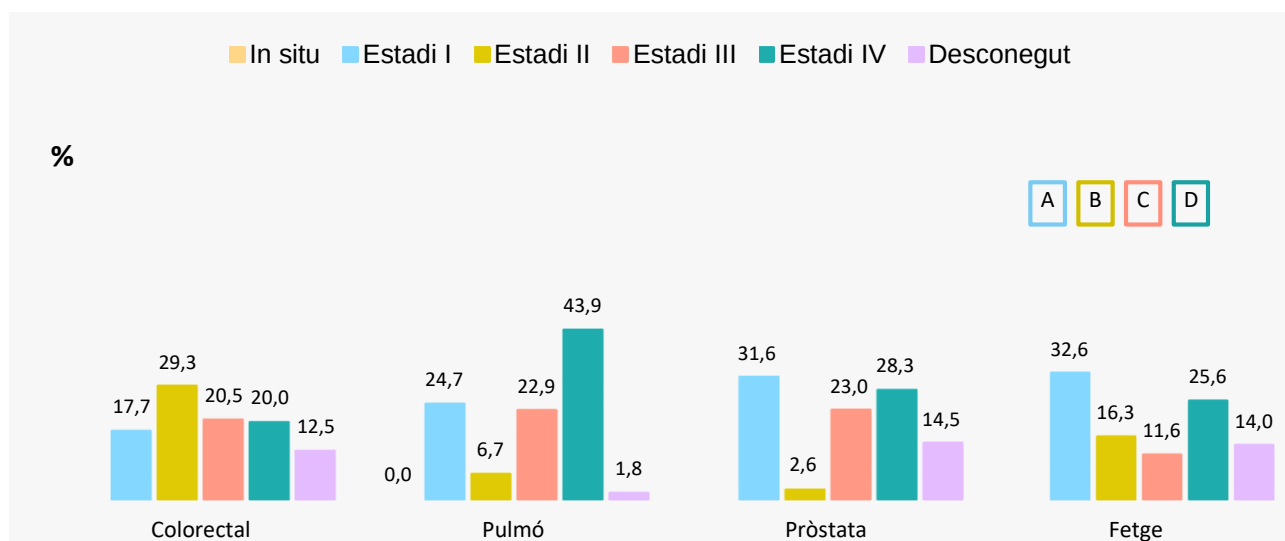
El 96,9% dels pacients amb càncer assistits en unitats funcionals tenen confirmació anatomopatològica (citologia i/o histologia del tumor primari o de metàstasi). Totes les localitzacions tenen una confirmació cito-histològica per sobre del 94%, tret del carcinoma hepatocel·lular, degut principalment a que en pacients amb cirrosi prèvia (>80%) el diagnòstic s'efectua mitjançant criteris radiològics (Figura 7).

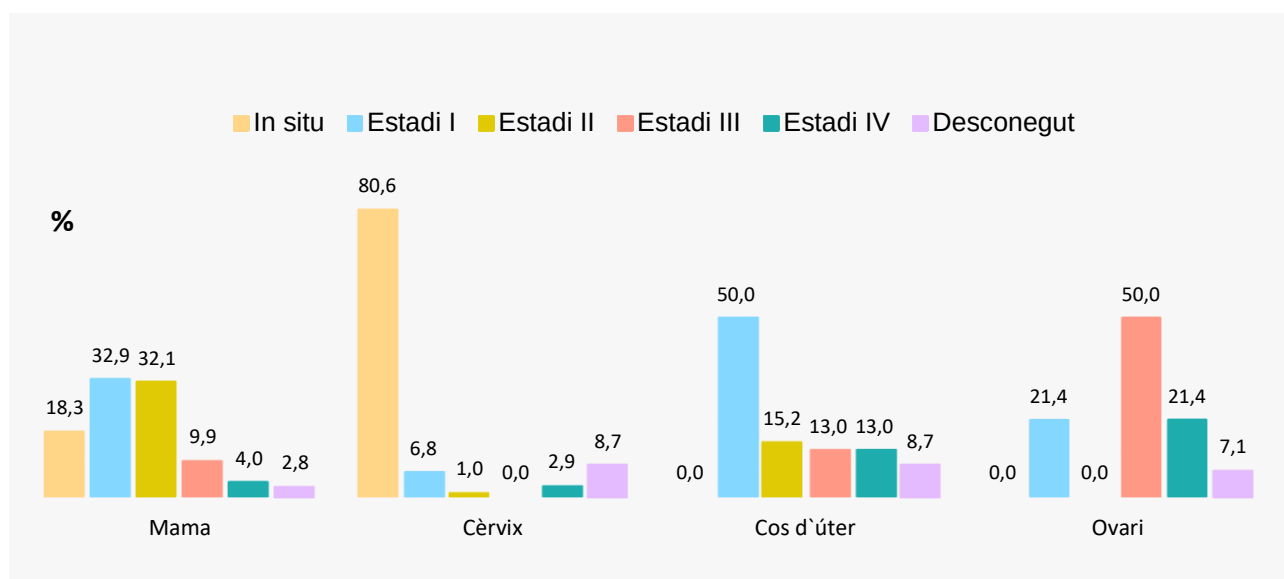
4.1.7 Extensió de la neoplàsia en el moment del diagnòstic dels tumors de les unitats funcionals

L'extensió dels tumors es descriu 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). Com es pot veure a la Figura 8, el 2023 els tumors diagnosticats en estadis més avançats han estat els de pulmó, amb un 43,9% dels casos en estadi IV. En

canvi, el 83,3% dels càncers de mama es diagnostiquen en estadis inicials (0, I, II), i el 80,6% dels tumors primaris de cèrvix uterina corresponen a neoplàsies intraepitelials cervicals de grau III (carcinoma in situ/CIN III). La figura 8a mostra que, en els càncers de fetge, s'utilitza l'estadificació BCLC.

Figura 8. Extensió de la neoplàsia al moment del diagnòstic. 2023





4.2 EVOLUCIÓ TEMPORAL (2019-2023)

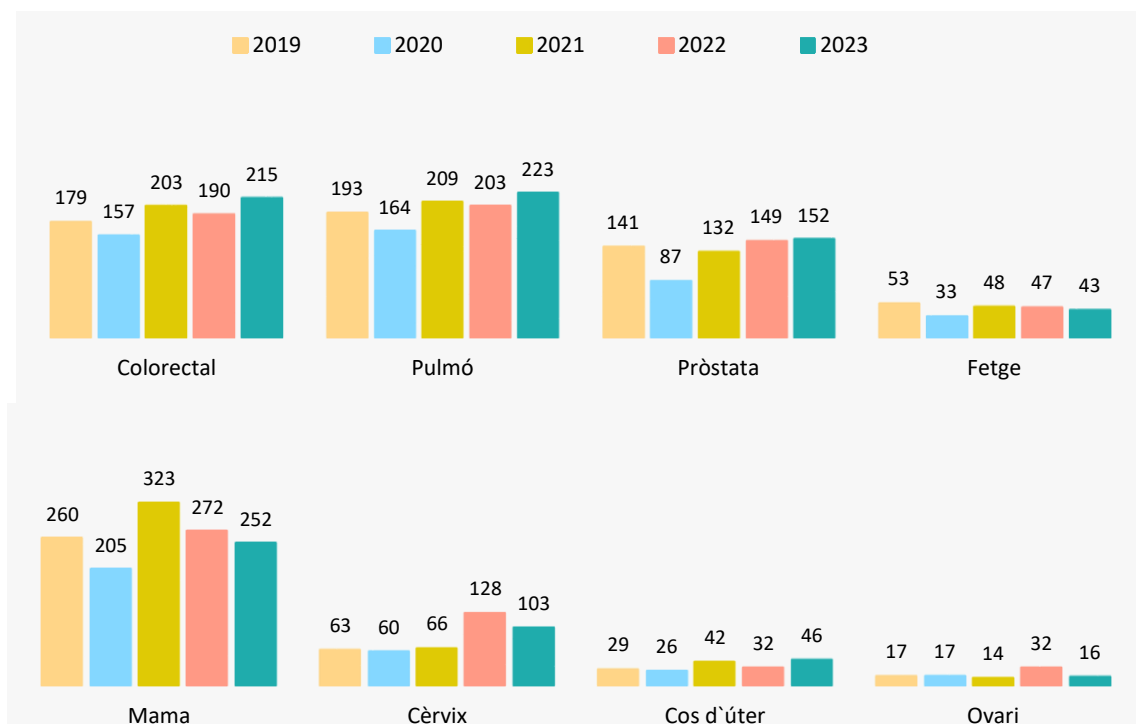
4.2.1 Evolució del nombre de casos dels principals càncers en els últims 5 anys

Durant el període 2019-2023, la tendència per a la majoria de les localitzacions tumorals és estable o d'ascens (Figura 9), a excepció de l'any 2020 on es va registrar un descens generalitzat a causa de l'impacte de la pandèmia per COVID-19, tal com s'ha comentat anteriorment.

Comparant específicament amb l'any anterior, el 2023 es registra un descens dels casos de mama (de 272 a 252), cèrvix (de 128 a 103), ovari (de 32 a 16) i, lleugerament de fetge (de 47 a 43).

En canvi, s'observa un increment en els casos colorectals (de 190 a 215), pulmó (203 a 223), pròstata (de 149 a 152) i cos d'úter (de 32 a 46).

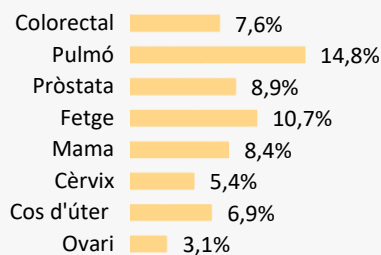
Figura 9. Evolució del nombre de casos segons localització tumoral. 2019-2023



4.2.2 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 establir-se al voltant del 9-12% anual. Si ens centrem per localització (Figura 10), al 2023 destaca que el 14,8% 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 10,7% i un 8,9% respectivament.

Figura 10. Neoplàsies Múltiples. 2023

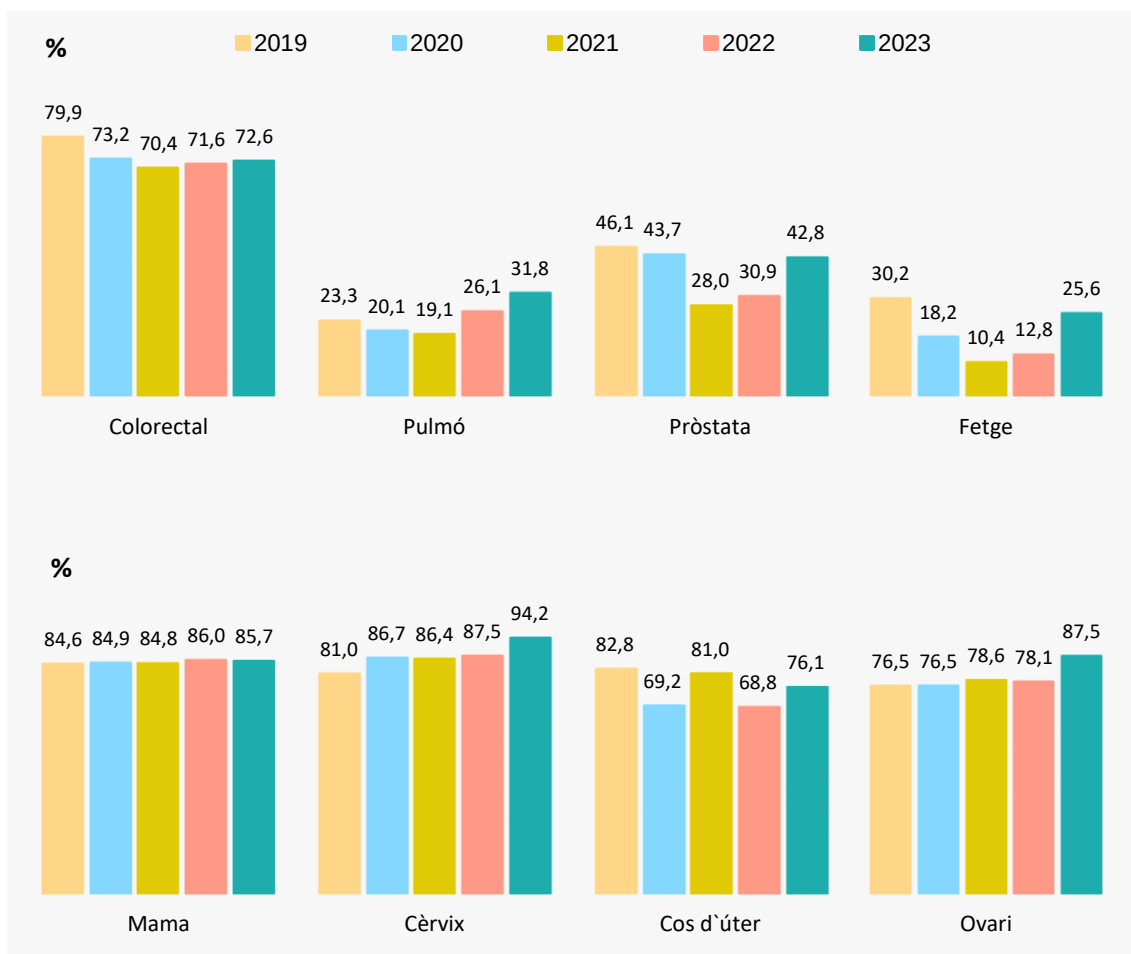


4.2.3 Tipus de tractament oncològic

En l'anàlisi de l'evolució del total de tractaments oncològics efectuats es té en compte que un pacient pot rebre més d'un tipus de tractament. En la Figura 11, 12 i 13 s'observa l'evolució del tractament quirúrgic, radioteràpic i quimioteràpic a l'Hospital del Mar, respectivament.

La gran majoria dels tumors de còlon-recte, mama, càncer uterí, cos uterí i ovari van rebre **tractament quirúrgic**. En canvi, l'any 2023 en fetge va ser només del 25,6% i en pulmó del 31,8%, tot i que són percentatges més elevats que en els anys previs.

Figura 11. Evolució del tractament quirúrgic segons localització tumoral. 2019-2023



Respecte al **tractament radioteràpic** (Figura 12), el 2023 els tumors de mama són els que més sovint van ser tractats amb radioteràpia (62,7%), seguits dels de pulmó (35,9%) i cos d'úter (32,6%).

Pel que fa a **quimioteràpia**, els tumors d'ovari (73,3%), pulmó (46,2%), colorectal (38,1%) i

mama (33,3%) són els que més en van rebre (Figura 13).

Cal esmentar que un 27,3% dels casos de càncer de fetge han rebut altres tipus de tractaments oncològics (quimioembolització, ablació percutània, etc.).

Figura 12. Evolució del tractament radioteràpic segons localització tumoral. 2019-2023

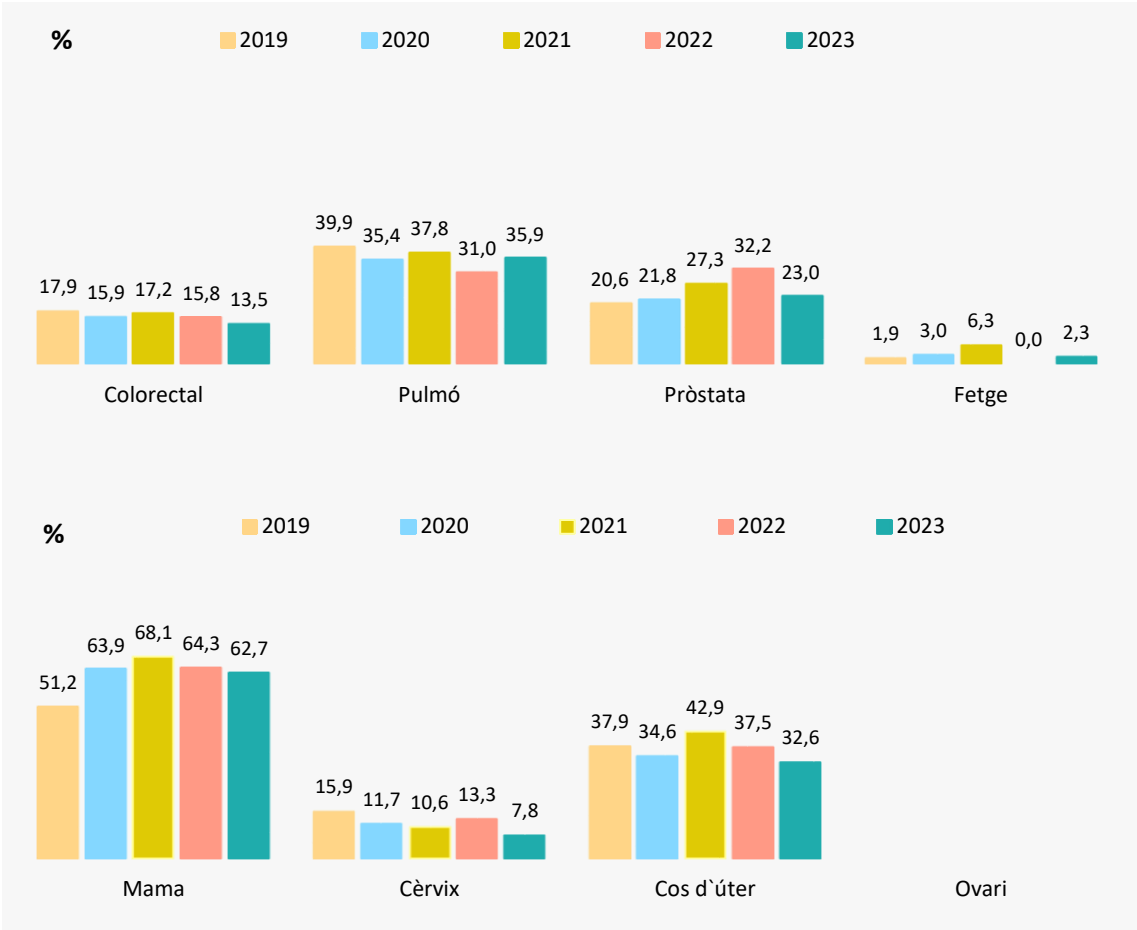
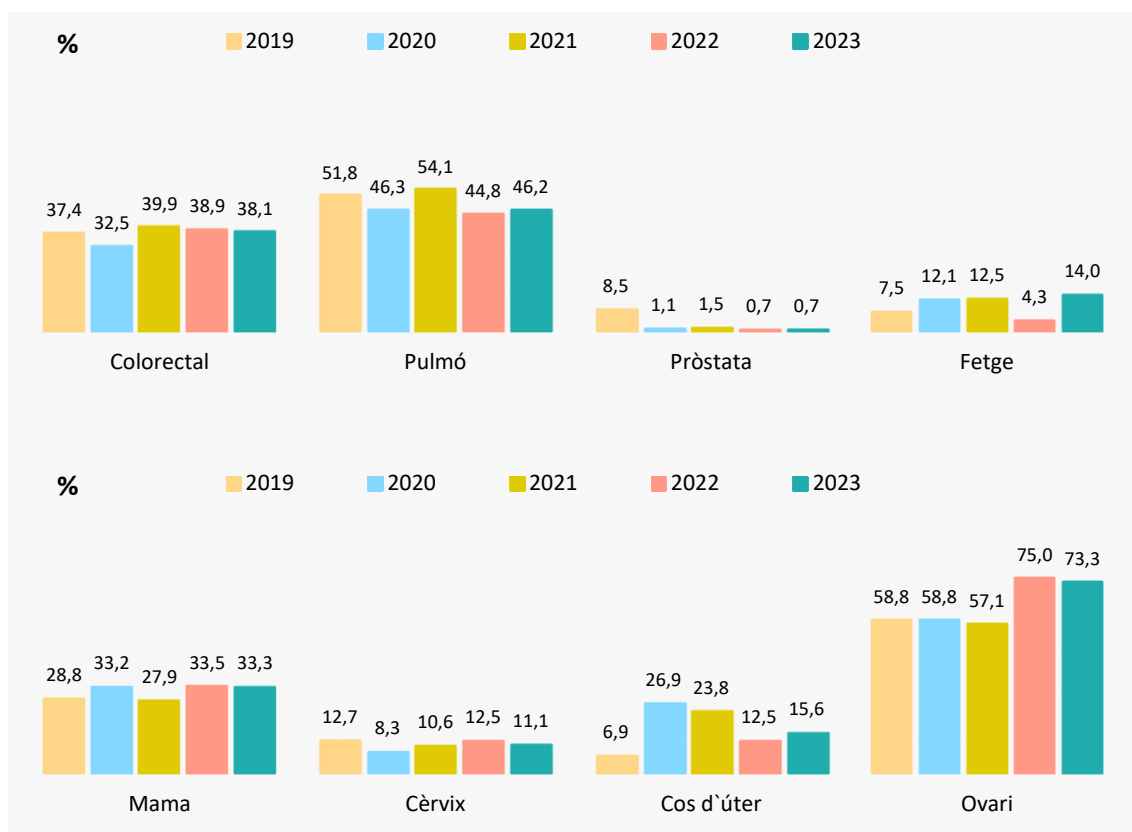


Figura 13. Evolució del tractament quimioteràpic segons localització tumoral. 2019-2023

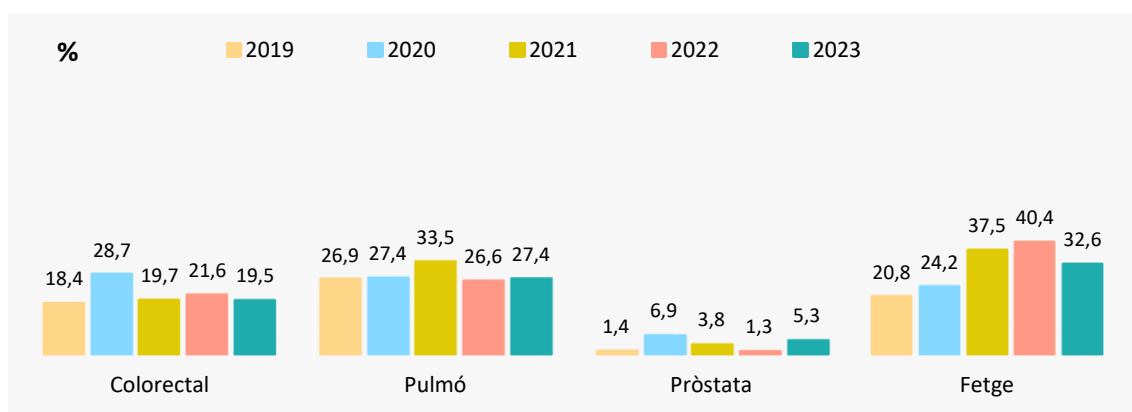


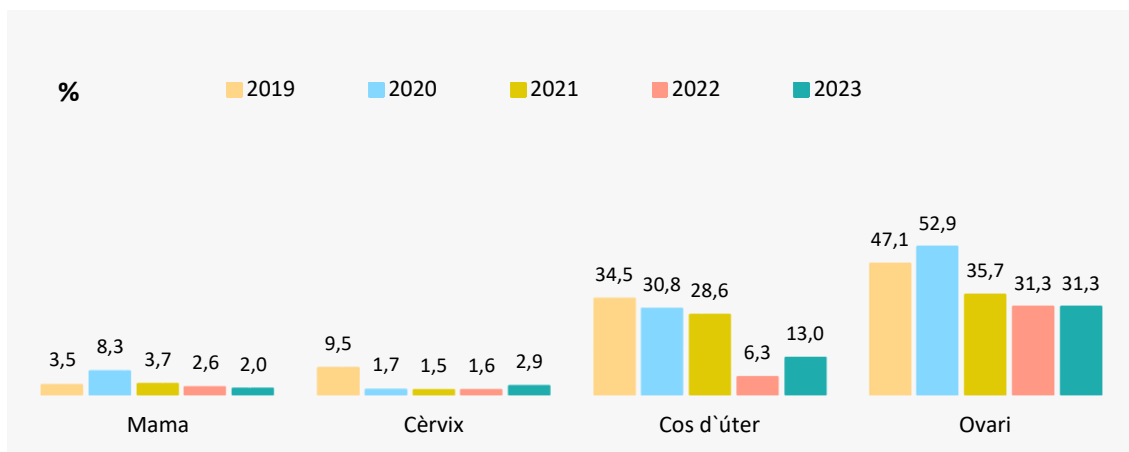
4.2.4 Tipus de primera consulta a l'Hospital (urgències *versus* programada)

L'anàlisi dels darrers cinc anys mostra tendències diferents segons localització tumoral: una disminució sostinguda de l'accés per urgències en el càncer de mama, un augment progressiu en el càncer de fetge en els últims tres anys, una estabilitat global en el càncer colorectal (excepte durant la pandèmia) i un descens recent tant en el càncer d'ovari (últims tres anys) com en el de cos d'úter (últims dos anys).

Respecte l'any anterior, en el 2023 el percentatge de pacients que efectuen la primera consulta a través del Servei d'Urgències ha augmentat en pulmó, pròstata, cèrvix i cos d'úter, mentre que ha disminuït en colorectal, fetge, mama. Un aspecte positiu és que durant el 2023, el 98,0% dels casos de mama, el 97,1% dels casos de cèrvix i el 94,7% dels casos de pròstata van establir el primer contacte amb l'Hospital mitjançant visites programades a consultes externes o a través dels programes de cribatge de càncer poblacionals.

Figura 14. Evolució dels casos que contacten via Urgències segons localització tumoral. 2019-2023



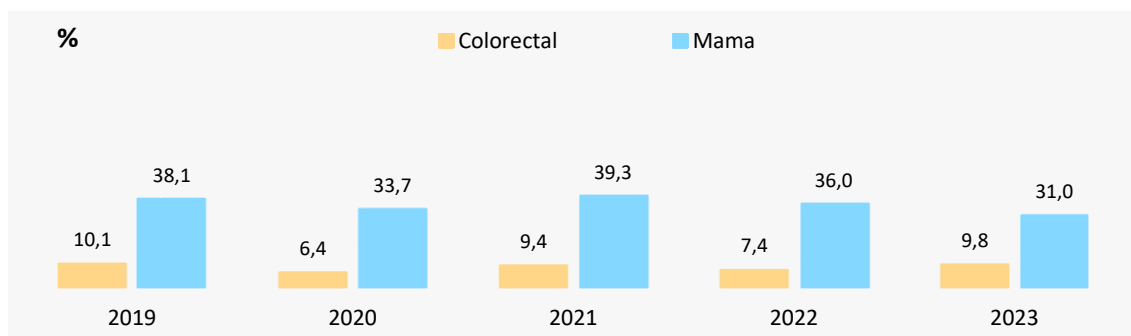


4.2.5 Diagnòstics per cribratge poblacional

El Servei d'Epidemiologia i Avaluació de l'Hospital del 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, gestiona i coordina el *Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte* de la ciutat de Barcelona de forma conjunta amb l'Hospital Clínic; a més l'Hospital del Mar funciona com a Unitat de cribratge de càncer de

còlon i recte als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí. L'any 2023 el 31,0% del total de càncers de mama i el 9,8% dels colorectals han estat diagnosticats a través d'aquests programes. Aquest percentatge augmenta fins al 58,4% en mama i el 20% en còlon i recte si ho mirem en la franja d'edat de 50 a 69 anys, població diana d'aquests dos programes de cribratge.

Figura 15. Evolució dels casos diagnosticats per cribratge segons localització tumoral. 2019-2023



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

El temps transcorregut entre la primera consulta i l'inici del tractament oncològic és un indicador de qualitat que reflecteix l'eficiència del circuit assistencial i pot tenir implicacions pronòstiques per al pacient. Aquest interval es mesura en dies naturals des del primer contacte del pacient amb l'Hospital del Mar relacionat amb el procés neoplàstic fins a la data d'inici de la primera teràpia oncològica. El seu seguiment sistemàtic permet

identificar oportunitats de millora en l'organització assistencial. 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.).

La majoria dels tumors tenen un interval entre 30 i 50 dies, i la variabilitat es relaciona, entre d'altres

factors, amb la complexitat diagnòstica de cada localització tumoral, la necessitat d'exploracions complementàries, la coordinació entre serveis especialitzats i la urgència clínica de cada cas.

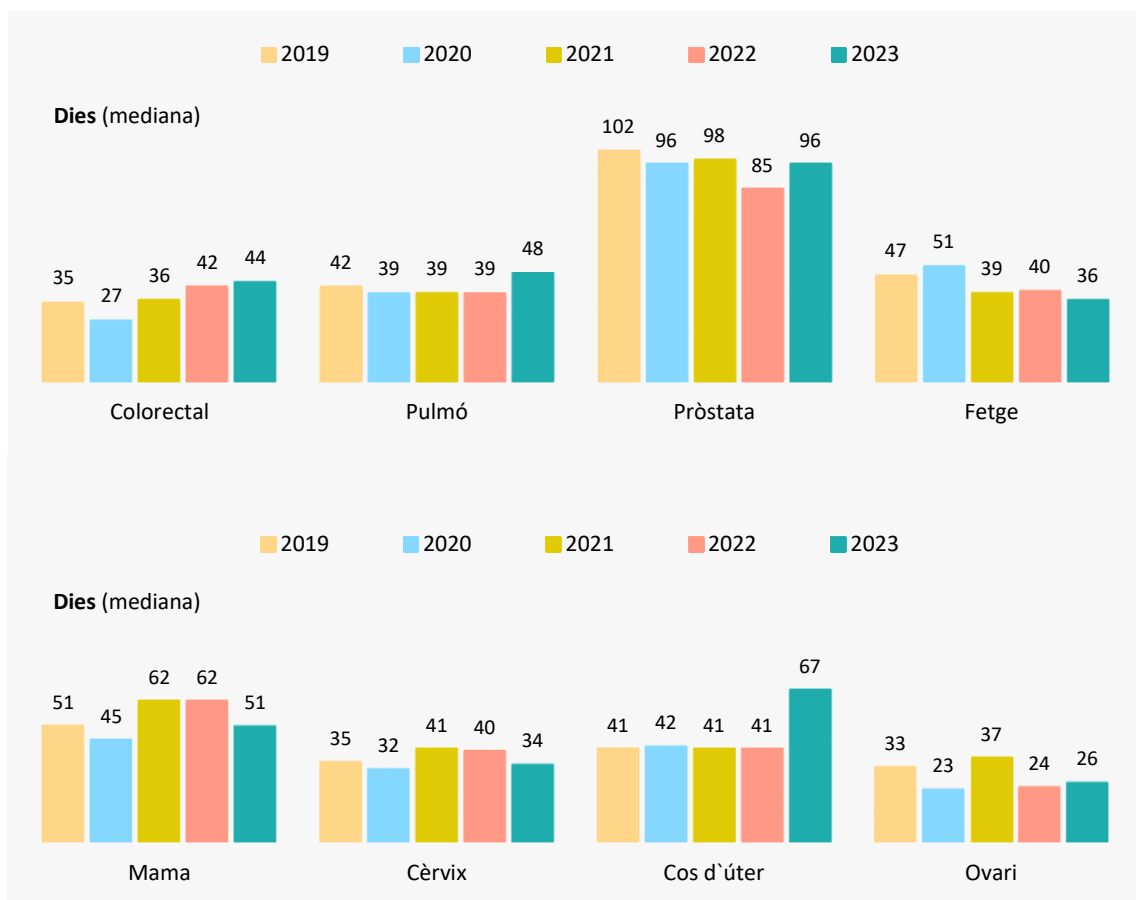
Durant el període 2019-2023, s'observen petites fluctuacions en aquest interval per a cada localització tumoral. Els tumors d'ovari continuen sent la localització amb l'interval més curt, mantenint-se entre 23 i 37 dies al llarg del quinquenni, amb 26 dies de mediana el 2023. El càncer de cèrvix presenta el segon interval més curt del quinquenni, i concretament el 2023 ha reduït aquest interval fins a 34 dies en comparació amb els anys 2021 i 2022.

El càncer de mama s'ha mantingut relativament estable durant el període analitzat, reduint l'interval el 2023 respecte als anys 2021 i 2022 fins a 51 dies de mediana. Pel que fa al cos d'úter, l'interval era bastant estable al voltant dels 41 dies excepte

aquest darrer any, en què s'ha observat un augment notable fins a 67 dies.

Pel que fa al càncer colorectal, ha experimentat un augment progressiu de l'interval al llarg dels cinc anys, mantenint-se estable al darrer any. El càncer de pulmó s'ha mantingut relativament estable fins al 2023, any que s'observa una variació a l'alça. Els tumors de pròstata han fluctuat al voltant dels 95 dies de forma consistent, amb un increment el darrer any. Finalment, el càncer de fetge ha registrat detectat una disminució progressiva de l'interval des del 2021 fins al 2023, situant-se de mediana en 36 dies.

Figura 16. Evolució de l'interval entre la primera consulta i el primer tractament, segons localització tumoral. 2019-2023



4.2.7 Interval entre la data del diagnòstic i el primer tractament

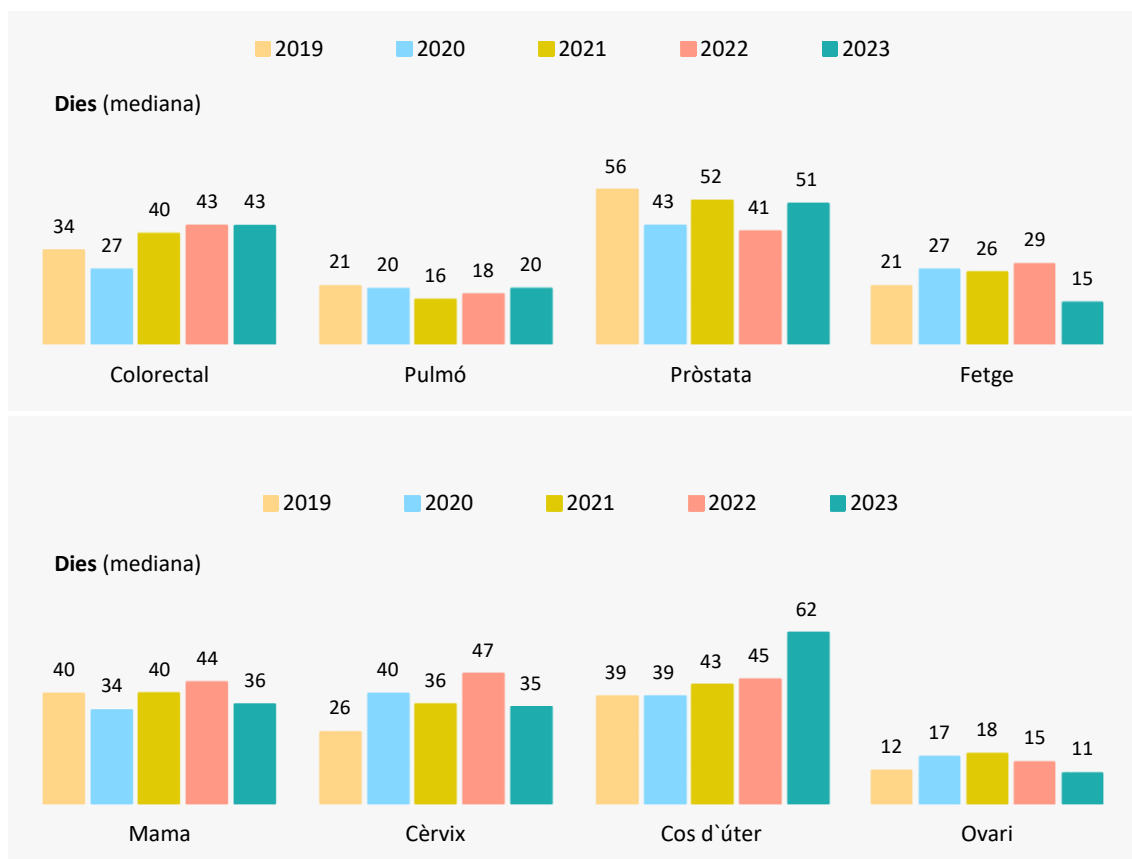
L'interval entre el diagnòstic i el primer tractament constitueix un indicador clau de qualitat que reflecteix l'eficiència del circuit terapèutic oncològic. Aquest indicador s'expressa com la mediana de dies transcorreguts des de la confirmació diagnòstica fins a l'inici del tractament específic, i el seu seguiment permet identificar demores que podrien tenir implicacions pronòstiques. La data del diagnòstic es considera la del diagnòstic de certesa, és a dir, la data del primer informe anatomo-patològic amb resultat de càncer. En cas de no disposar de confirmació cito-histològica, la data de diagnòstic correspon a la data en què s'obté el resultat d'una exploració, prova o test bioquímic positiu per a neoplàsia que constitueixi la base més fiable del diagnòstic.

Durant el període 2019-2023, s'observen diferents tendències en l'interval entre el diagnòstic i el primer tractament segons la localització tumoral. Els tumors d'ovari presenten l'interval més curt del quinquenni, i concretament el 2023 ha registrat el

valor més baix dels últims cinc anys amb 11 dies de mediana. El càncer de fetge també es troba entre les localitzacions amb intervals més curts entre 2019 i 2023, situant-se el 2023 com el segon interval més curt amb 15 dies de mediana. El càncer de pulmó ocupa la tercera posició amb els intervals més petits i s'ha mantingut molt estable durant tot el quinquenni analitzat. Pel que fa al càncer de mama, presenta un interval molt estable oscil·lant entre 34 i 44 dies. El càncer de cèrvix mostra fluctuacions al llarg del període, tot i que des del 2020, any en què va augmentar, s'ha mantingut més estable entre 35 i 47 dies. Els tumors de pròstata fluctuen entre 41 i 56 dies sense una tendència clara.

El càncer colorectal ha experimentat un augment progressiu aquests últims tres anys, situant-se al voltant dels 40 dies. Finalment, el càncer de cos d'úter era molt estable al llarg del quinquenni excepte el 2023, any en què ha augmentat significativament.

Figura 17. Evolució de l'interval entre diagnòstic i primer tractament, segons localització tumoral. 2019-2023



4.3 SUPERVIVÈNCIA OBSERVADA

En aquest apartat s'analitzen els casos amb tumors invasius diagnosticats entre els anys 2005 i 2019, amb seguiment fins a l'31 de desembre de 2025. 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 (Figura 18-24) il·lustren les corbes de supervivència de Kaplan-Meier, classificades segons el període de diagnòstic per a les diferents localitzacions analitzades. Els tumors invasius 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 fetge presenta la taxa de supervivència més baixa, seguit pel càncer de pulmó. En canvi, el càncer de mama registra la supervivència observada més alta, seguit pel càncer de pròstata.

En el període més recent (2015-2019), la supervivència observada als 5 anys va ser:

2015-2019	SO 5a (%)	IC 95%
Mama	86,4	84,5 – 88,4
Pròstata	79,0	75,6 – 82,4
Cos d'úter	70,5	64,1 – 77,6
Cèrvix uterina	61,1	51,0 – 73,4
Ovari	54,1	44,0 – 66,4
Colorectal	57,7	54,7 – 60,9
Pulmó	27,5	24,8 – 30,5
Fetge	21,9	17,4 – 27,6

SO: Supervivència observada . IC: Interval de confiança

Figura 18. Corba de supervivència observada per càncer colorectal.

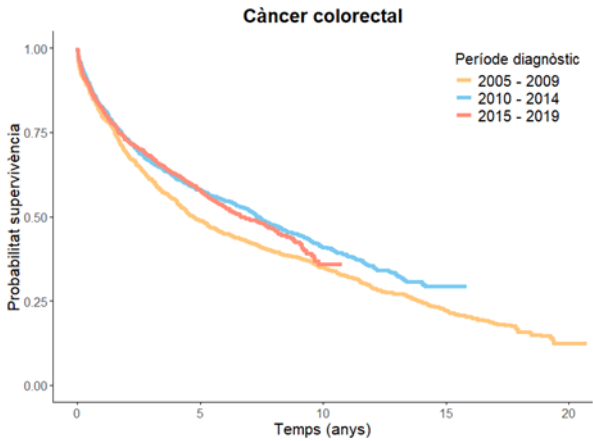


Figura 20. Corba de supervivència observada per càncer de mama.

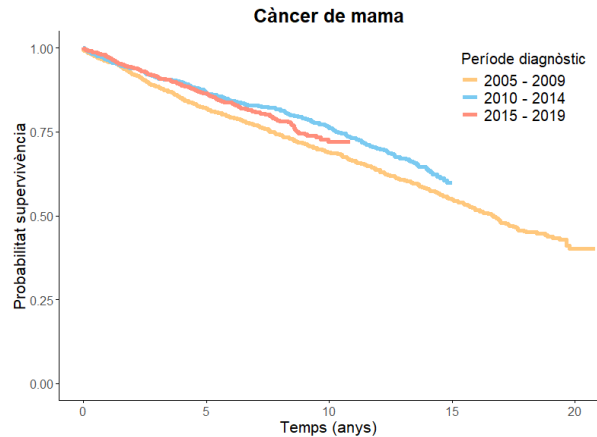


Figura 19. Corba de supervivència observada per càncer de pulmó.

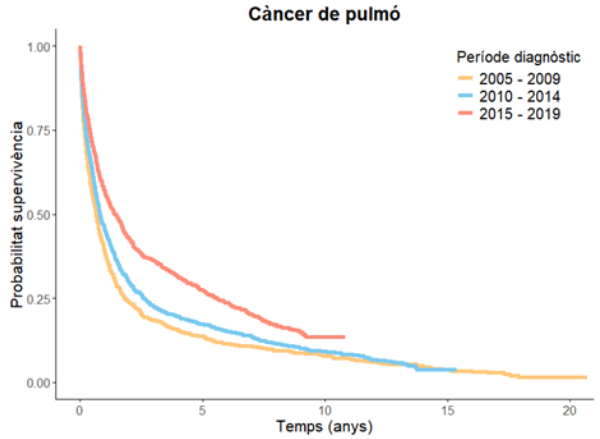


Figura 21. Corba de supervivència observada per càncer de cèrvix.

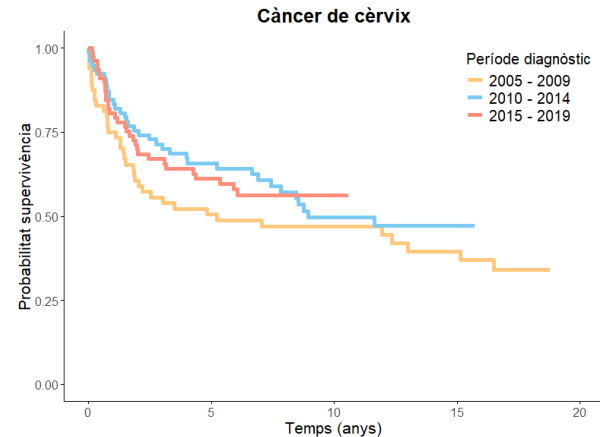


Figura 21. Corba de supervivència observada per càncer de pròstata.

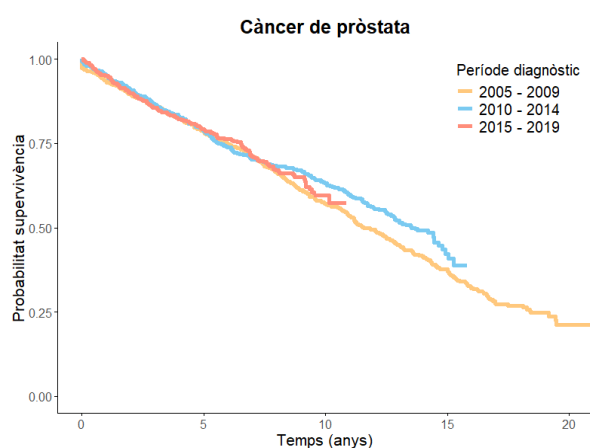


Figura 22. Corba de supervivència observada per càncer de fetge.

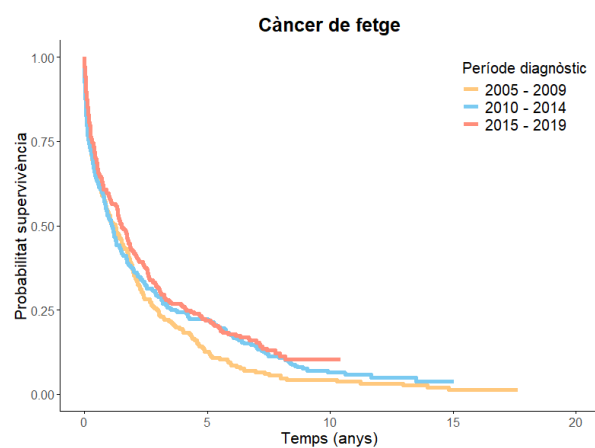


Figura 23. Corba de supervivència observada per càncer de cos d'úter.

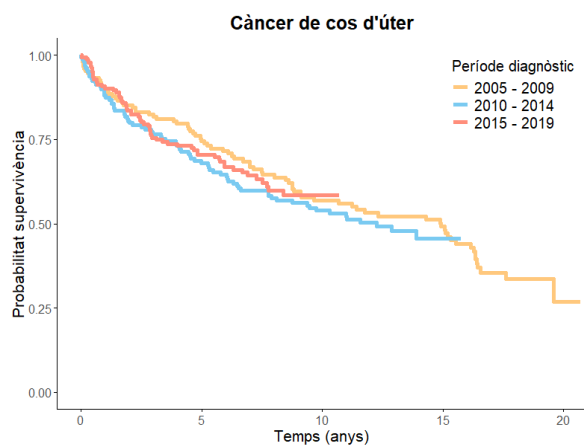
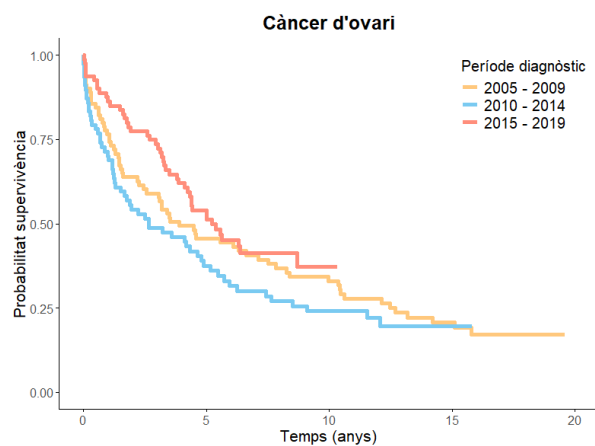


Figura 24. Corba de supervivència observada per càncer d'ovari.



5 CONCLUSIONS

- ✚ El nombre de neoplàsies registrades al RTHMar va augmentar després de la pandèmia al 2020 i s'ha mantingut des de llavors per sobre dels 2.200 casos anuals.
- ✚ El 2023 un 70,8% dels pacients provenen de l'àrea de referència de l'hospital, els districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, mentre que un 12,1% dels pacients són de fora de Barcelona.
- ✚ La mitjana d'edat dels pacients diagnosticats és de 66,9 anys, amb un 23,1% dels casos diagnosticats en persones de 80 anys o més.
- ✚ En conjunt les localitzacions tumorals més freqüents a l'Hospital del Mar són mama, pulmó i colorectal. En homes, les localitzacions més freqüents són pròstata, pulmó, i bufeta urinària, mentre que en dones són mama, cèrvix i pulmó.
- ✚ S'ha obtingut confirmació anatomopatològica en el 96,9% dels tumors per als quals es disposa d'unitat funcional.
- ✚ El 43,9% dels càncers de pulmó s'han diagnosticat en estadi IV. Per contra, el 83,3% dels càncers de mama es diagnostiquen en estadis inicials (0,I,II).
- ✚ El 14,8% dels pacients amb càncer de pulmó, el 10,7% dels de fetge i el 8,9% dels de pròstata ja han estat diagnosticats d'un altre tumor primari amb anterioritat o sincrònicament.
- ✚ Els tumors de fetge (25,6%) i pulmó (31,8%) tenen les taxes de cirurgia més baixes. Els tumors de mama són els que més tractament radioteràpic van rebre (62,7%), seguits dels de pulmó (35,9%) i cos d'úter (32,6%).
- ✚ El percentatge de pacients que efectuen la primera consulta a través del Servei d'Urgències ha augmentat el 2023 en pulmó, pròstata, cèrvix i cos d'úter, mentre que ha disminuït en colorectal, fetge i mama; i s'ha mantingut estable en ovari, comparat amb l'any 2022.
- ✚ Els programes de detecció precoç han contribuït significativament al diagnòstic dels càncers de mama i colorectal, amb un 58,4% dels casos de mama i un 20,0% dels casos de colorectal detectats en la franja d'edat de la població diana.
- ✚ Els tumors d'ovari i cèrvix presenten una mediana de l'interval primera consulta-tractament de 26 i 34 dies, respectivament, essent les neoplàsies amb un interval més curt durant el 2023. Per contra, els de pròstata i cos d'úter presenten els intervals més llargs, amb 96 i 67 dies de mediana respectivament.
- ✚ Els càncers pulmó han mostrat un augment significatiu en les taxes de supervivència durant els darrer quinquenni. Tanmateix, el càncer de fetge és el que presenta una supervivència observada més baixa (21,9% als 5 anys del diagnòstic), seguit per la de pulmó (27,5%), mentre que la supervivència de mama és la més alta (86,4%), seguit de la de pròstata (79,0%).

6 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, d'un formulari en línia 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:

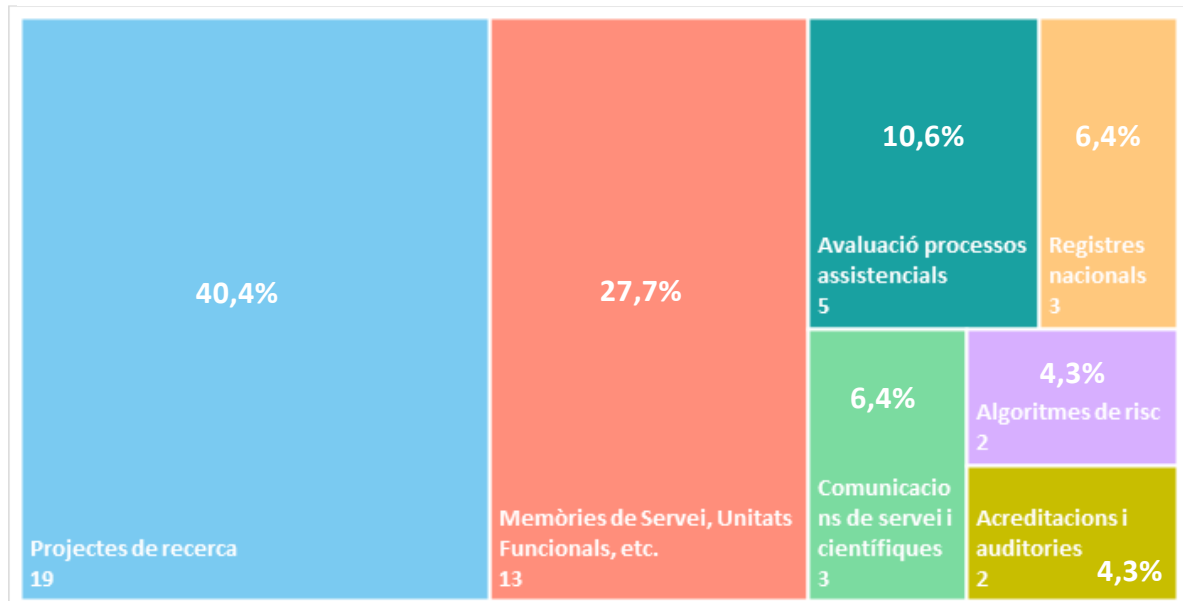
- ✚ Col·laboracions amb els serveis d'Oncologia Mèdica, Anatomia Patològica, Digestologia, Ginecologia i Obstetrícia, Cirurgia General, Cirurgia Toràctica, Pneumologia, Urologia, Neurologia, Control de Gestió –entre altres de l'Hospital del Mar– com a font d'informació de dades clíniques i/o epidemiològiques, 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 de l'Hospital del Mar 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 de l'Hospital del Mar amb mostres dipositades en el Biobanc i que el RTHMar té registrats.

- ✚ Col·laboracions amb diferents grups de recerca de l'Hospital del Mar Research Institute.
- ✚ 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 a l'Hospital del Mar.
- ✚ Col·laboracions amb 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.

Entre l'any 2023 i 2025 hem rebut 47 sol·licituds de dades (Figura 17). Cal destacar un augment progressiu en la demanda al llarg del període analitzat: l'any 2023 es van registrar inicialment 7 sol·licituds, mentre que en els anys posteriors aquesta xifra va augmentar fins a 15 sol·licituds i 19 sol·licituds, respectivament.

Dins del conjunt de sol·licituds vinculades a projectes de recerca, s'hi inclouen 4 treballs de fi de grau i 2 tesis doctorals que incorporen informació del RTHMar.

Figura 17. Nombre de sol·licituds rebudes al RTHMar entre el 2023-2025 segons l'objectiu i ús de les dades.



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.

