

Central de Resultats

Avaluació dels resultats de la concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització a Catalunya: actualització 2014-2015

Resum executiu

- La concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització es va iniciar amb l'entrada en vigor de la instrucció 01/2012 de reordenació de l'atenció oncològica del CatSalut de principis de l'any 2012. El present treball correspon a la segona avaluació dels resultats en cirurgia de càncer d'esòfag, pàncrees i fetge per als anys 2014 i 2015.
- La concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització es consolida amb el 100% de compliment en els centres autoritzats en càncer d'esòfag, de vies biliars i en tumor hepàtic primari a l'any 2015. En cirurgia de càncer de pàncrees i metàstasis hepàtiques el compliment és del 99%.
- La comparació entre els períodes previ (2005-2011) i posterior (2012-2015) a la concentració, la mortalitat als 30 dies ha millorat de manera significativa amb reduccions del 79%, 41% i 50% en cirurgia de càncer d'esòfag, de pàncrees i de metàstasis hepàtiques, respectivament.
- En el període 2014-2015 no es detecten diferències significatives de mortalitat a 30 i 90 dies entre centres en cap de les patologies avaluades; en el període 2012-2013, tampoc se n'havien detectat.
- En la cirurgia de càncer d'esòfag i la de pàncrees seria convenient reduir a 10 el nombre de centres autoritzats, i en el càncer d'esòfag augmentar el requeriment de casos anuals de 6 a 11; en la cirurgia oncològica hepàtica caldria augmentar el número mínim d'intervencions a 25 casos anuals per centre.
- La propera avaluació inclourà els criteris de l'Annex II de la instrucció d'organització del procés i de recerca.

Introducció

L'estratègia de concentració de procediments quirúrgics d'alta especialització en l'atenció oncològica a Catalunya va començar l'any 2012

A Catalunya, l'avaluació periòdica dels resultats amb dades poblacionals i el feedback als professionals implicats són un element central en l'estratègia de concentració

En l'avaluació 2012-2013 es va observar una disminució de la mortalitat intrahospitalària molt significativa en les cirurgies de càncer de recte, esòfag, pàncrees i metàstasis hepàtiques

El present treball correspon a l'avaluació 2014-2015

L'estratègia de concentració de procediments quirúrgics d'alta especialització en l'atenció oncològica a Catalunya va començar l'any 2012, i s'emmarca en la política de terciarisme del Departament de Salut. Aquesta visió respon a la necessitat de millorar la qualitat i l'eficiència d'aquests processos tot tenint en compte la dispersió de l'activitat observada en el nostre entorn i la relació entre volum i resultats àmpliament validada per la literatura.

La implementació d'aquesta estratègia a diferents països s'ha dut a terme amb metodologies variades segons l'existència i l'especificitat de la regulació, la implicació dels professionals i les fonts d'informació disponibles (e.g. audit, registres de càncer, registres quirúrgics). Tanmateix, la combinació de concentració de l'activitat, l'avaluació periòdica i la rendició de comptes és comuna a d'altres experiències internacionals que han aportat evidència sobre una millora continua dels resultats. A Catalunya, l'avaluació periòdica dels resultats amb dades poblacionals i el feedback als professionals implicats són un element central en l'estratègia de concentració. En el nostre cas es va realitzar una primera avaluació de la concentració de la cirurgia oncològica d'alta especialització que pretenia avaluar el nivell de compliment amb la instrucció 01/2012 dos anys després de la seva entrada en vigor i el seu impacte en els resultats. Es va observar un alt grau de compliment amb la instrucció i una disminució de la mortalitat intrahospitalària molt significativa en les cirurgies de càncer de recte, esòfag, pàncrees i metàstasis hepàtiques entre els períodes previ i posterior a la concentració. Així mateix, la qualitat de l'atenció al càncer de recte va millorar.

El present treball correspon a la segona avaluació dels resultats de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització amb intenció curativa de cirurgia d'esòfag, de pàncrees i de fetge (que inclou metàstasis hepàtiques des de la primera avaluació, actualment ampliat a vies biliars i tumor hepàtic primari) per als anys 2014 i 2015. A diferència de la primera avaluació basada en l'ús de l'auditoria clínica "externa", la metodologia aplicada en aquesta segona avaluació incorpora informació directa dels propis professionals. En ambdós casos hi ha hagut, feedback, i validació dels resultats finals per part seva.

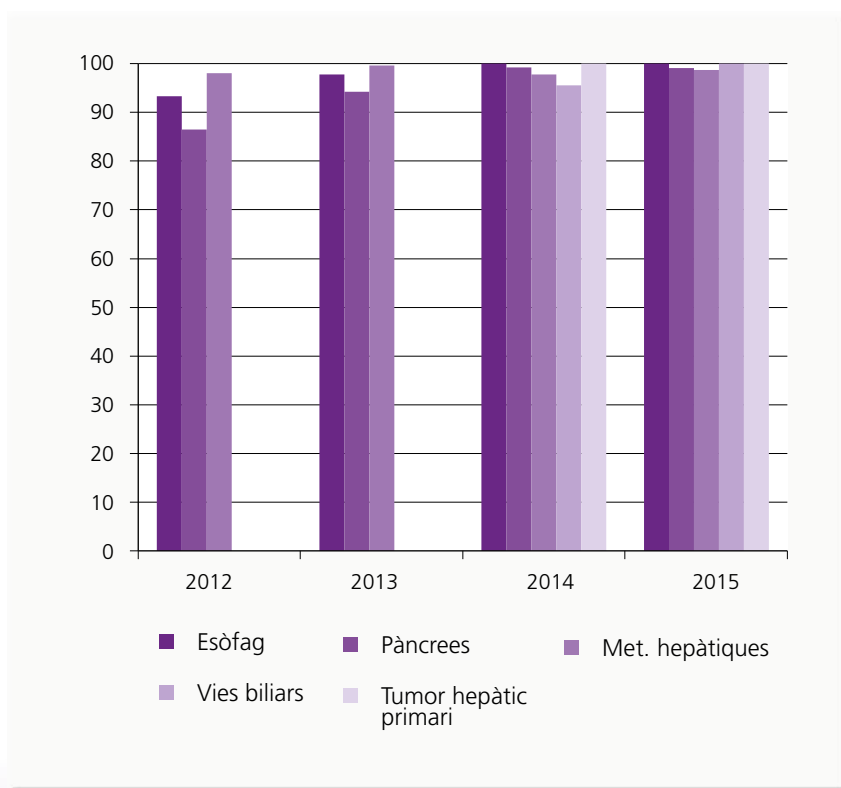
Resultats

Compliment de la instrucció

El compliment de la instrucció en relació a la realització de cirurgia oncològica altament especialitzada en centres autoritzats ha augmentat progressivament des de l'any 2012. Assoleix el 100% en les cirurgies de càncer d'esòfag, de vies biliars i de tumor hepàtic primari, i el 99% en pàncrees i en metàstasis hepàtiques a l'any 2015.

El compliment de la instrucció assoleix el 100% en les cirurgies de càncer d'esòfag, de vies biliars i de tumor hepàtic primari, i el 99% en pàncrees i en metàstasis hepàtiques

Evolució del compliment de la instrucció segons tipus de càncer. Centres autoritzats, 2012 - 2015



Característiques dels pacients i del procés

La proporció de dones per cadascuna de les cirurgies estudiades correspon a la de la corba epidemiològica d'incidència d'aquestes patologies, de la mateixa manera que l'edat mitjana. Aproximadament la meitat dels casos en totes les patologies tenen un ASA III-IV. Hi ha centres autoritzats que tenen un volum baix d'intervencions, i no assoleixen el número mínim d'intervencions anuals.

Hi ha centres autoritzats que tenen un volum baix d'intervencions, i no assoleixen el número mínim d'intervencions anuals

	Esòfag		Pàncrees		Metàstasis hepàtiques		Vies biliars		Tumor hepàtic primari	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre d'intervencions (n)	190		464		746		119		232	
Nombre de dones (n, %)	29	15,3	197	42,5	279	37,4	46	38,7	56	24,1
Edat (mitjana ± DE; mediana)	60,3 ± 10,6 ; 61		66,4 ± 11,1 ; 68		65,2 ± 11,1 ; 66		66,7 ± 11,4 ; 68		64,5 ± 11,1 ; 66	
(mín-màx)	28 - 85		23 - 90		18 - 91		35 - 87		20 - 84	
Edat										
<= 50	29	15,3	43	9,3	69	9,2	12	10,1	26	11,2
51 - 60	65	34,2	75	16,2	160	21,4	20	16,8	42	18,1
61 - 70	60	31,6	164	35,3	268	35,9	38	31,9	90	38,8
71 - 80	34	17,9	152	32,8	211	28,3	38	31,9	68	29,3
> 80	2	1,1	30	6,5	38	5,1	11	9,2	6	2,6
ASA										
I-II	90	47,4	240	51,7	305	40,9	49	41,2	107	46,1
III-IV	99	52,1	219	47,2	374	50,1	61	51,3	122	52,6
Missing	1	0,5	5	1,1	67	9,0	9	7,6	3	1,3
Nombre d'intervencions (%) ¹										
Volum baix (menys de 6 pacients) ²	33	17,4	12	2,6	13	1,7	62	52,1	11	4,7
Volum intermedi (6-10 pacients) ²	38	20,0	17	3,7	0	0,0	33	27,7	84	36,2
Volum alt (més de 10 pacients)	119	62,6	435	93,8	733	98,3	24	20,2	137	59,1

1. Categories del volum segons la mitjana d'intervencions entre 2014 - 2015

2. Hi ha centres autoritzats que tenen un volum baix d'intervencions

En els casos de càncer de pàncrees, el percentatge de pacients valorats en comitè abans de la cirurgia és aproximadament del 65%, equivalent als valorats després de la cirurgia

Els experts han referit que la valoració del cas en el comitè multidisciplinar de tumors es fa majoritàriament abans de la cirurgia. En els casos de càncer de pàncrees, el percentatge de pacients valorats en comitè abans de la cirurgia és aproximadament del 65%, equivalent als valorats després de la cirurgia. En total, més del 95% dels casos han estat valorats en el comitè multidisciplinari, abans i/o després de la cirurgia. En la cirurgia hepàtica, els casos que es valoren en una proporció més gran en el moment prequirúrgic són els de metàstasis hepàtiques. En els pacients amb tumor de les vies biliars, prop del 64% es valoren abans de cirurgia, i prop del 72% en el cas dels pacients amb tumor hepàtic primari.

Moment de la valoració del comitè multidisciplinari de tumors segons tipus de càncer. Centres autoritzats, 2014 - 2015

	Esòfag ¹	Pàncrees	Metàstasis hepàtiques	Vies biliars	Tumor hepàtic primari
Abans de la cirurgia	.	64,6	81,2	63,8	71,6
Després de la cirurgia	.	63,9	55,0	28,4	25,9
Abans i /o després de la cirurgia	.	95,7	81,7	69,8	72,0

1. No hi ha dades disponibles de tots els centres

En relació a l'estada mitjana hospitalària en les cirurgies d'esòfag, de pàncrees i de vies biliars aquesta és aproximadament el doble que la de les metàstasis hepàtiques i de tumor hepàtic primari.

La utilització de la via d'accés quirúrgica mínimament invasiva és variable entre centres i segons patologia. La cirurgia on s'utilitza més és la del càncer d'esòfag, on globalment més d'un 40% dels pacients s'han beneficiat d'aquesta via (laparoscòpia i/o toracoscòpia). No obstant, la seva utilització varia del 0% al 100% dels casos intervinguts de càncer d'esòfag segons el centre de cirurgia. D'altra banda, la cirurgia en la que s'utilitza menys la via d'accés laparoscòpica és de la de les vies biliars que, alhora, és on hi ha menys variabilitat d'ús segons centre.

La utilització de la via d'accés quirúrgica mínimament invasiva és variable entre centres i segons patologia

Característiques del procés quirúrgic segons tipus de càncer. Centres autoritzats, 2014 - 2015

	Esòfag		Pàncrees		Metàstasis hepàtiques		Vies biliars		Tumor hepàtic primari	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre d'intervencions (n)	190		464		746		119		232	
Estada en dies (mitjana ± DE, mediana)	**26,3 ± 23,2 ; 16		22,3 ± 16,9 ; 16		10,5 ± 10,6 ; 7		22,6 ± 18,7 ; 17		13,4 ± 19,9 ; 7	
(mín-màx)	5 - 130		1 - 99		1 - 82		1 - 101		1 - 193	
Cirurgia laparoscòpica ¹	80	42,1	38	8,2	160	21,4	8	6,7	76	32,8
% / centre (mín-màx)	(0 - 100)		(0 - 56)		(0 - 67,9)		(0 - 27,3)		(0 - 71,4)	
Reintervenció a 90 dies	13	6,8	39	8,4	32	4,3	10	8,4	13	5,6
% / centre (mín-màx)	(0 - 19,4)		(0 - 37,5)		(0 - 10,7)		(0 - 22,2)		(0 - 11,8)	
% missings	40,5		0,9		1,9		3,4		0	

** Hi ha 2 casos amb temps d'estada desconegut

1. Cirurgia laparoscòpica en esòfag comprèn laparoscòpia i/o toracoscòpia

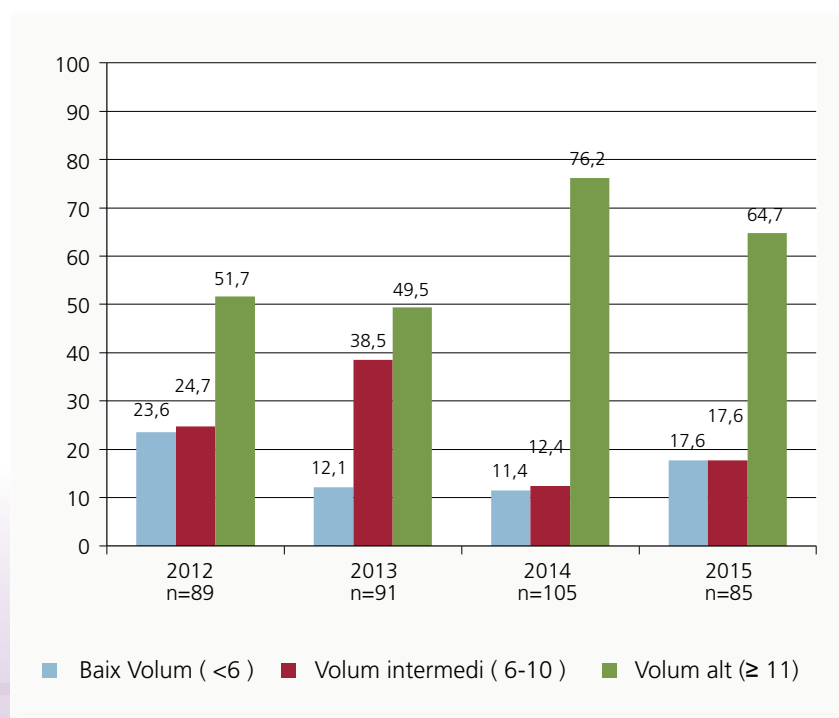
Pel que fa a la reintervenció dintre dels primers 90 dies de la cirurgia, ha estat inferior al 10% en totes les cirurgies estudiades.

Cirurgia de càncer d'esòfag

En els anys 2014 i 2015 es van realitzar 105 i 85 cirurgies, respectivament, per neoplàsia d'esòfag en els 9 centres autoritzats del SISCAT. Durant el període 2012 - 2015 el número de procediments s'ha mantingut estable. En relació al volum anual de procediments per centre, la proporció de procediments realitzats en centres de volum superior a 10 ha augmentat progressivament amb una lleugera desacceleració l'any 2015. En aquest sentit, hi ha aproximadament un 17% de casos intervinguts en 4 dels 9 centres autoritzats que no assoleixen el nombre mínim definit a la instrucció en els darrers dos anys estudiats.

Un 17% dels casos intervinguts en 4 dels 9 centres autoritzats que no assoleixen el nombre mínim definit a la instrucció

Evolució de la distribució de casos segons el volum anual d'intervencions per càncer d'esòfag. Centres autoritzats, 2012-2015.

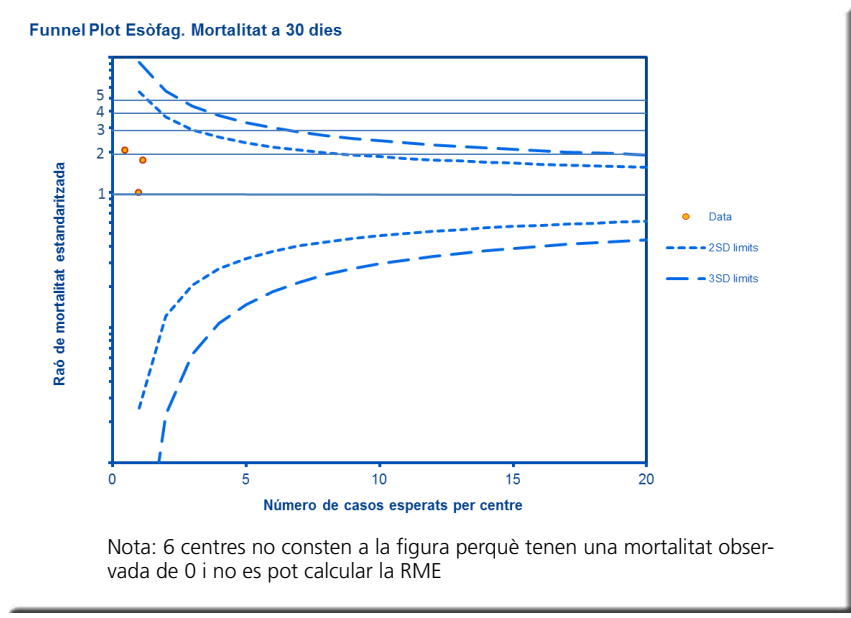


El tipus d'intervenció quirúrgica realitzada majoritàriament va ser l'esofagectomia transtoràcica, en prop del 70% de les intervencions realitzades a Catalunya. Tot i que aquesta tècnica és la més estesa, la seva realització varia entre un 18% i un 100% segons el centre en el període 2014 - 2015.

En relació al tractament neoadjuvant, el 72,6% dels pacients van rebre aquest tractament, principalment en forma de quimioradioteràpia neoadjuvant (55,3%).

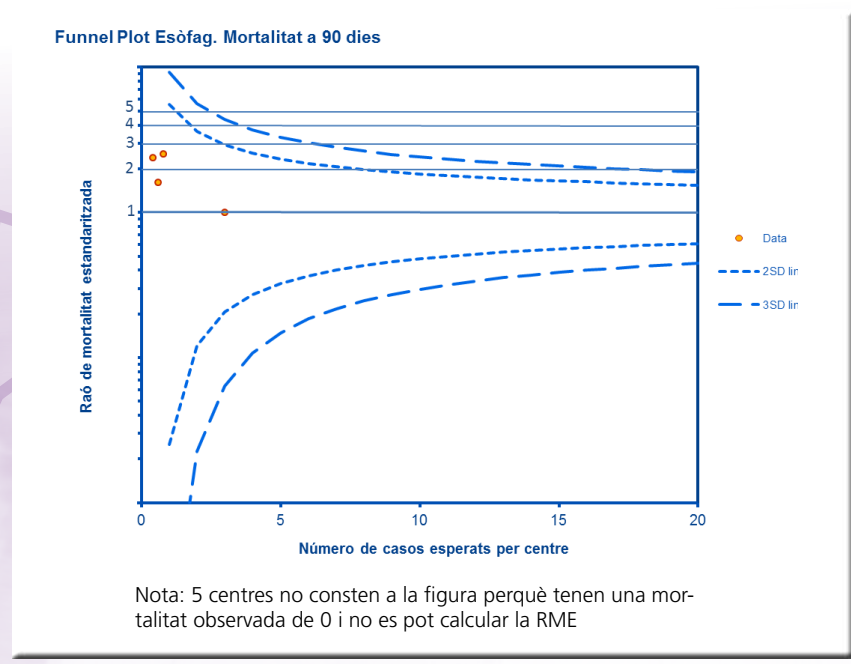
En els anys 2014 i 2015, en 6 centres la mortalitat a 30 dies ha estat nul·la. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, tots tres resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, estadiatge i volum.

Raó de mortalitat a 30 dies estandarditzada en cirurgia de càncer d'esòfag. Centres autoritzats, 2014 - 2015



La mortalitat a 90 dies ha estat nul·la en 5 centres. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, tots resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, estadiatge i volum.

Raó de mortalitat a 90 dies estandarditzada en cirurgia de càncer d'esòfag. Centres autoritzats, 2014 - 2015



Cirurgia de càncer de pàncrees

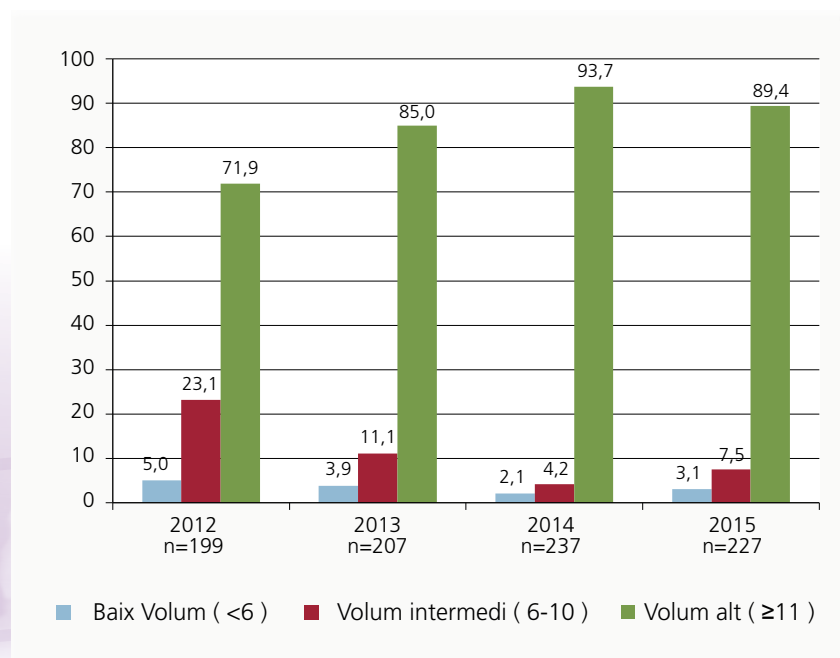
Segons les dades de l'avaluació, en els anys 2014 i 2015 es van realitzar 237 i 227 cirurgies per neoplàsies malignes de pàncrees i de duodè que, per la seva extensió, impliquessin un procediment de pancreatectomia així com de la via biliar distal. El compliment de la instrucció en termes de volum de casos intervinguts en centres autoritzats va créixer del 90,5% en el període 2012 - 2013 a més del 99% en el període 2014 - 2015.

En el període 2012 - 2015, el número de procediments ha augmentat de 199 a 227. La proporció de pacients operats en centres de volum anual superior a 10 casos ha anat augmentant progressivament alhora que la dels pacients operats en els altres centres disminuïa, amb una lleugera desacceleració d'aquesta tendència a l'any 2015.

Alguns dels centres autoritzats no van assolir el nombre mínim definit a la instrucció

Tanmateix, després de la concentració, alguns dels centres autoritzats no van assolir el nombre mínim definit a la instrucció durant algun any, per la qual cosa s'observa un percentatge reduït de casos intervinguts en centres de volum baix i intermedi (6,3% dels casos), que no només correspon a centres no autoritzats.

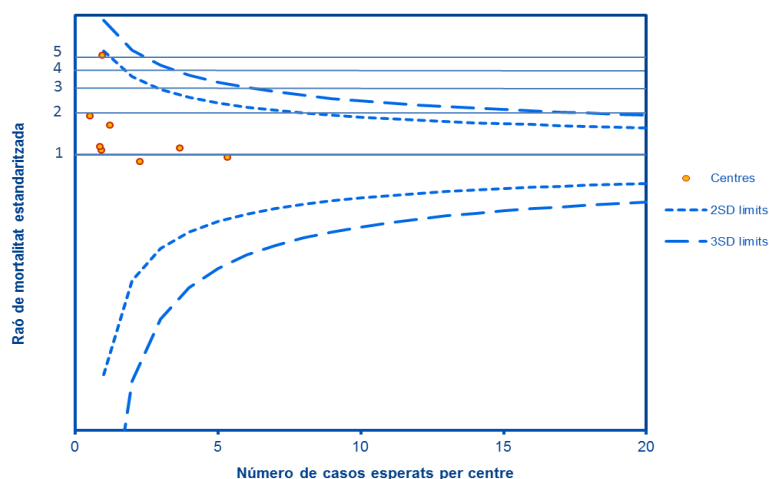
Evolució de la distribució dels centres segons volum anual d'intervencions per càncer de pàncrees. Centres autoritzats, 2012 - 2015



En els anys 2014 i 2015, la mortalitat a 30 dies ha estat nul·la en 8 centres. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquests resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, estadiatge i volum.

Raó de mortalitat a 30 dies estandarditzada en cirurgia de càncer de pàncrees. Centres autoritzats, 2014 - 2015

Funnel Plot Pàncrees. Mortalitat a 30 dies

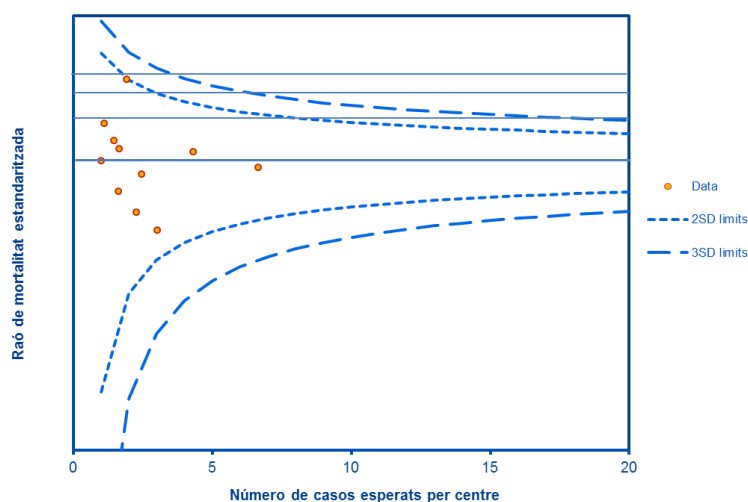


Nota: vuit centres no consten a la figura perquè tenen una mortalitat observada de 0 i no es pot calcular la RME

La mortalitat a 90 dies ha estat nul·la en 5 centres. Per a la resta de centres, la raó de mortalitat estandarditzada resta dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, estadiatge i volum.

Raó de mortalitat a 90 dies estandarditzada en cirurgia de càncer de pàncrees. Centres autoritzats, 2014 - 2015

Funnel Plot Pàncrees. Mortalitat a 90 dies



Nota: cinc centres no consten a la figura perquè tenen una mortalitat observada de 0 i no es pot calcular la RME

Cirurgia oncològica hepàtica

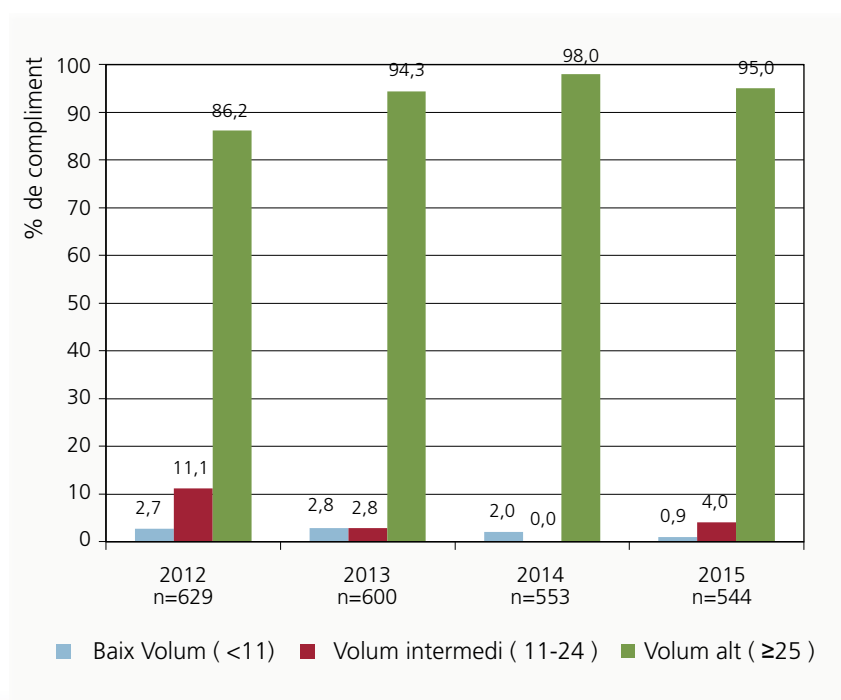
En la cirurgia oncològica hepàtica del període 2014-15, la cirurgia de les metàstasis hepàtiques representa el 68% de les intervencions, la del tumor hepàtic primari el 21% i la del tu-

La proporció de pacients intervinguts amb cirurgia oncològica hepàtica en centres de volum anual igual o superior a 25 casos ha superat el 90%

mor de les vies biliars l'11%. La cirurgia de les darreres patologies esmentades es van incorporar a l'actualització de l'Annex II de la instrucció 01/2012.

Durant el període 2012 - 2015, la proporció de pacients intervinguts amb cirurgia oncològica hepàtica en centres de volum anual igual o superior a 25 casos ha anat augmentant progressivament i ha superat el 90% a partir de l'any 2009, alhora que la dels pacients operats en els altres centres disminuïa. S'observa una lleugera desacceleració d'aquesta tendència a l'any 2015.

Evolució de la distribució dels centres segons volum anual d'intervencions de cirurgia oncològica hepàtica. Centres autoritzats, 2012 - 2015



L'ús de la radiofreqüència intraoperatòria ha estat referida pels experts en el 9,5% de les intervencions de metàstasis hepàtiques i en el 5,2% d'intervencions de tumor hepàtic primari en període 2014 - 2015.

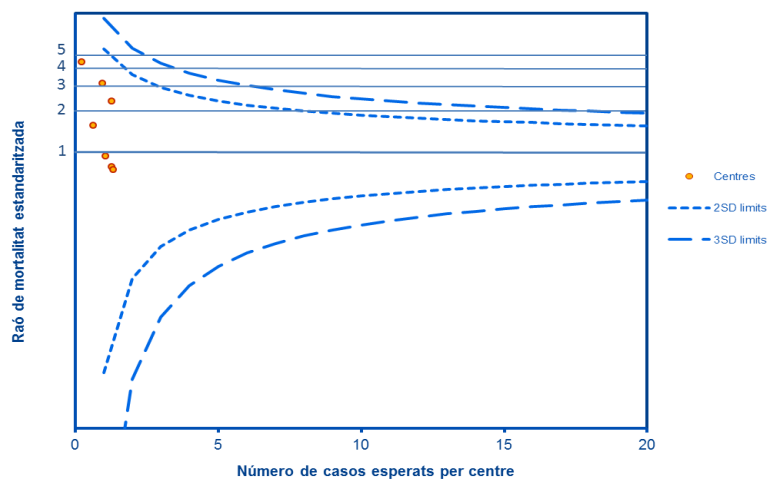
Segons les dades de l'avaluació, en els anys 2014 i 2015 es van realitzar 369 i 377 cirurgies, respectivament, per metàstasis hepàtiques, 13 dels quals es van intervenir en centres no autoritzats. El compliment de la instrucció en termes de volum de casos intervinguts en centres autoritzats va ser del 98,7% el 2015.

En els anys 2014 i 2015, la mortalitat a 30 dies ha estat nul·la en 13 centres. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquests resten dins l'àrea on el nombre de defuncions

observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, ASA i volum de pacients intervinguts.

Raó de mortalitat a 30 dies estandarditzada en cirurgia de metàstasis hepàtiques. Centres autoritzats, 2014 - 2015

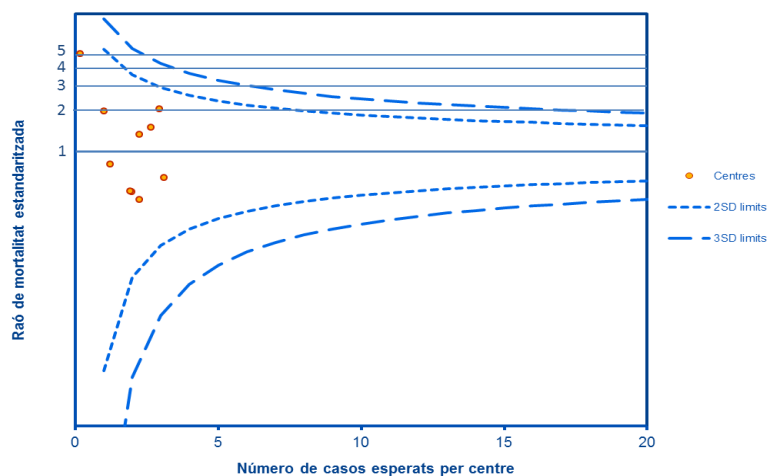
Funnel Plot MTH. Mortalitat a 30 dies



La mortalitat a 90 dies ha estat nul·la en 10 centres. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquestes resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, ASA i volum de pacients intervinguts.

Raó de mortalitat a 90 dies estandarditzada en cirurgia de metàstasis hepàtiques. Centres autoritzats, 2014 - 2015

Funnel Plot MTH. Mortalitat a 90 dies



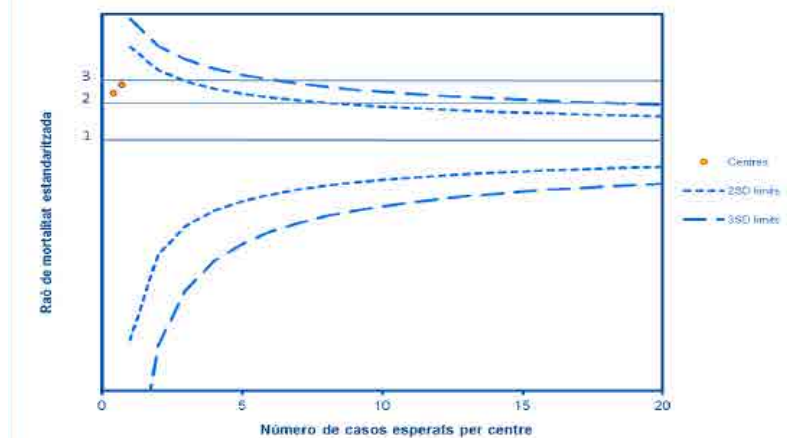
Cirurgia de tumor hepàtic primari

A Catalunya es van intervenir 232 pacients en els 10 centres autoritzats del SISCAT en el període 2014 - 2015. Més del 60% d'aquests pacients tenien una hepatopatia crònica associada.

En els anys 2014 i 2015, en 8 centres la mortalitat a 30 dies ha estat nul·la. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquests resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, ASA i volum de pacients intervinguts.

Raó de mortalitat a 30 dies estandarditzada en cirurgia de tumor hepàtic primari. Centres autoritzats, 2014 - 2015

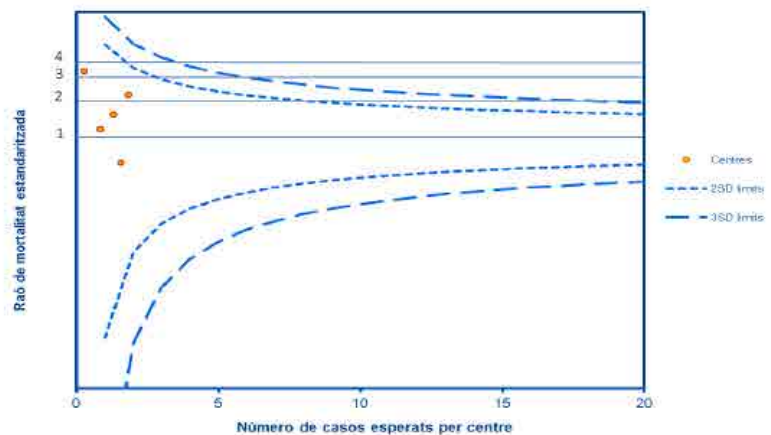
Funnel Plot THP. Mortalitat a 30 dies



Nota: 8 centres no consten a la figura perquè tenen una mortalitat observada de 0 i no es pot calcular la RME

Raó de mortalitat a 90 dies estandarditzada en cirurgia de tumor hepàtic primari. Centres autoritzats, 2014 - 2015

Funnel Plot THP. Mortalitat a 90 dies



Nota: 5 centres no consten a la figura perquè tenen una mortalitat observada de 0 i no es pot calcular la RME

En 5 centres la mortalitat a 90 dies ha estat nul·la. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquests resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, ASA i volum de pacients intervinguts.

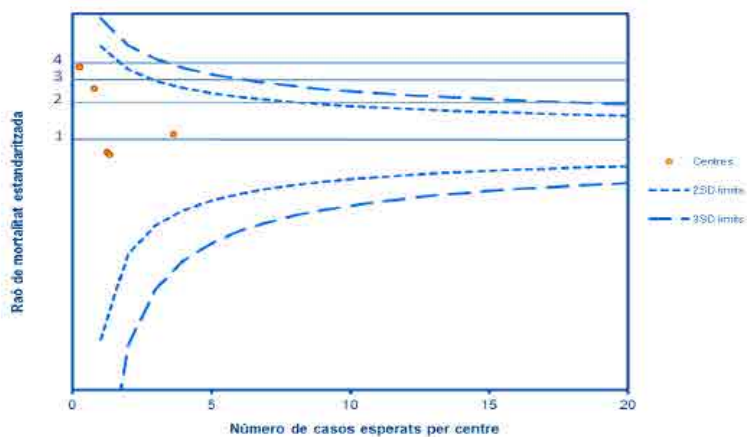
Cirurgia de les vies biliars

A Catalunya es van intervenir 119 pacients en el període 2014 - 2015: 3 casos en 3 centres no autoritzats l'any 2014 i cap cas l'any 2015.

En els anys 2014 i 2015, en 8 centres la mortalitat a 30 dies ha estat nul·la. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquests resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, estadiatge i volum de pacients intervinguts del centre.

Raó de mortalitat a 30 dies estandarditzada en cirurgia de les vies biliars. Centres autoritzats, 2014 - 2015

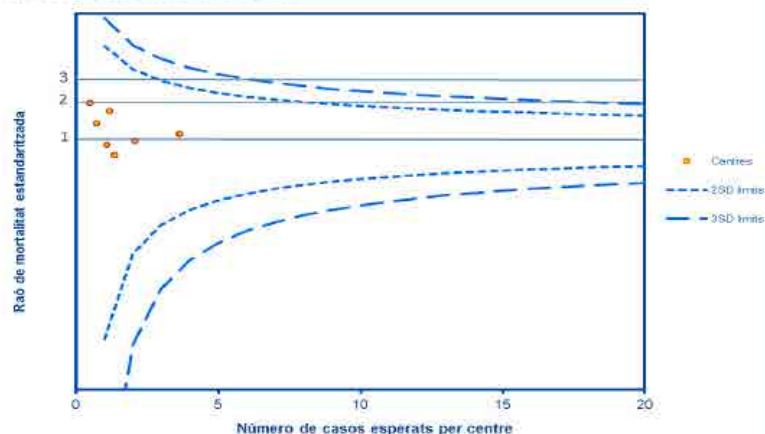
Funnel Plot VVB. Mortalitat a 30 dies



Nota: 8 centres no consten a la figura perquè tenen una mortalitat observada de 0 i no es pot calcular la RME

En 6 centres la mortalitat a 90 dies ha estat nul·la. Pel que fa als centres on la mortalitat no ha estat nul·la, aquests resten dins l'àrea on el nombre de defuncions observades no difereix estadísticament de les esperades pel model ajustat per sexe, edat, estadiatge i volum de pacients intervinguts del centre.

Funnel Plot VVB. Mortalitat a 90 dies



Nota: 6 centres no consten a la figura perquè tenen una mortalitat observada de 0 i no es pot calcular la RME

Mortalitat intrahospitalària: comparativa de períodes

En comparació amb la mortalitat del període anterior a la concentració, la mortalitat bruta a 30 dies del període 2012 - 2015 ha disminuït significativament en les 3 patologies estudiades amb una reducció del 79%, 41% i 50% en esòfag, pàncrees i metàstasis hepàtiques, respectivament.

Comparant el període 2012-2013 i 2014-2015, no hi ha diferències estadísticament en les mortalitats a 30 dies i a 90 dies després de la cirurgia de càncer d'esòfag, de pàncrees i de metàstasis hepàtiques.

	Nombre de cirurgies	Nombre de centres ¹	N de cirurgies / any ²	Mortalitat bruta a 30 dies	p valor
Cirurgia de càncer d'esòfag					
2005-2011 ^a	493	18	70 ± 4,4 ; 68 ; (64 - 77)	11,2%	< 0,0001*
2012-2015 ^b	370	9	93 ± 7,5 ; 90 ; (85 - 105)	2,4%	
Cirurgia de càncer de pàncrees					
2005-2011 ^a	1206	26	172 ± 26,0 ; 181 ; (135 - 209)	6,6%	0,0088*
2012-2015 ^b	870	12	218 ± 15,0 ; 218 ; (199 - 236)	3,9%	
Cirurgia de metàstasis hepàtiques					
2005-2011 ^a	2161	14	309 ± 18,9 ; 310 ; (271 - 332)	3,0%	0,0042*
2012-2015 ^b	1372	10	356 ± 19,9 ; 361 ; (325 - 377)	1,5%	

a. Dades clinicoadministratives CMBD

b. Dades d'auditoria clínica

1. En el període 2012-15 centres autoritzats

2. Mitjana ± DE ; mediana ; (mín-màx)

p valor prova Chi-quadrat. *.significació estadística (p<0,05)

Discussió

En aquesta segona avaluació de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització (des de la implementació de la instrucció 01/2012) s'observa un compliment òptim en relació a l'activitat en centres autoritzats en càncer d'esòfag, de vies biliars i en tumor hepàtic primari a l'any 2015. En cirurgia de càncer de pàncrees i metàstasis hepàtiques el compliment ha estat del 99% aproximadament. L'any 2015, però, s'observa una discreta desacceleració. En tot cas, si comparem els períodes previ i posterior a la concentració, la mortalitat als 30 dies en cirurgia d'esòfag, pàncrees i metàstasis hepàtiques ha millorat de manera significativa, amb una estabilització d'aquests resultats en els darrers quatre anys.

Pel que fa a la cirurgia de càncer d'esòfag, la participació de tots els centres de Catalunya a la iniciativa europea EURECCA (European Registry of Cancer Care) de càncer esofagogastric ha facilitat l'avaluació gràcies a la preexistència d'un registre de dades del procés quirúrgic. Alguns aspectes observats com la variabilitat entre els centres sobre el tipus de procediment

La mortalitat als 30 dies en cirurgia d'esòfag, pàncrees i metàstasis hepàtiques ha millorat de manera significativa

En la cirurgia de càncer d'esòfag cal concentrar l'activitat en 5 centres amb un mínim d'11 casos anuals.

Quant a la cirurgia de càncer de pàncrees cal reduir el nombre de centres autoritzats a 10

Cal augmentar el número mínim d'intervencions de cirurgia oncològica hepàtica a 25 casos anuals per centre

quirúrgic, l'ús de tècniques d'abordatge mínimament invasives i l'escala utilitzada per a la valoració anatomopatològica de la regressió postneoadjuvència, suggereixen una reflexió sobre la possibilitat d'assolir un procés més homogeni. D'altra banda, s'ha observat un volum de procediments en alguns centres autoritzats inferior al número mínim requerit a la instrucció, fet que no garanteix el compliment dels requisits d'experiència dels equips i d'efectivitat i d'eficiència en la provisió d'aquests procediments. Aquestes observacions, juntament amb l'assoliment de millors resultats a d'altres experiències europees amb un número mínim de casos molt superior al requerit a la instrucció, donen suport a un augment del requeriment de casos anuals de 6 a 11 i a la concentració d'aquesta activitat en 5 centres.

Quant a la cirurgia de càncer de pàncrees, un estudi nacional recentment publicat basat en dades clínicoadministratives de tot l'Estat, mostra una mortalitat intrahospitalària l'any 2013 de quasi bé el doble de la obtinguda a 30 dies a Catalunya en el darrer període estudiat. D'altra banda, després de la concentració de la cirurgia pancreàtica en tres centres a Holanda amb un augment del número mig d'intervencions de 2 a 16, la mortalitat intrahospitalària va disminuir de manera significativa, i és globalment una mica inferior a l'obtinguda a Catalunya. En la present avaluació s'ha observat un volum insuficient de procediments quirúrgics en càncer de pàncrees en centres autoritzats juntament amb resultats subòptims en algun d'ells. Aquests fets donen suport a una reducció del número de centres autoritzats de 12 a 10.

En l'àmbit de la cirurgia oncològica hepàtica, l'augment en el número de procediments, sobretot en la cirurgia de metàstasis hepàtiques, i l'ampliació de la cirurgia terciària a la dels tumors hepàtics primaris i a la de les vies biliars, insten a augmentar el número mínim d'intervencions de cirurgia oncològica hepàtica a 25 casos anuals per centre.

El fet que les activitats avaluades estiguessin concentrades en un número reduït de centres ha facilitat el procés d'avaluació, en la mesura que la comunicació amb un únic referent per patologia i centre i la participació activa d'aquests experts ha estat clau.

Les limitacions de la present avaluació són les pròpies de dades autoreferides amb l'avantatge que aquestes han estat depura-

des i analitzades per un mateix equip (extern als centres) i que els resultats de mortalitat provenen de dades clínicoadministratives. Aquesta metodologia és utilitzada en diversos països, sovint amb vincles estrets amb registres poblacionals. D'altra banda, la validació dels casos i dels resultats finals amb els centres implicats representa un gran avantatge en relació a dades merament clínicoadministratives.

En el present informe, a part dels resultats de mortalitat a 30 dies, s'inclouen els de la mortalitat a 90 dies, els quals reflecteixen la qualitat de la cirurgia tot superant la immediatesa del primer període postquirúrgic. En aquest sentit també s'ha avaluat la proporció de pacients que són valorats en comitè multidisciplinar prèviament a la cirurgia, aspecte en què s'evidencia un marge important de millora.

S'ha de tenir en compte que els resultats globals venen condicionats pel treball de tot l'equip multidisciplinari. Per aquesta raó, es preveu realitzar un seguiment d'aquestes dades als dos anys de la cirurgia en la propera avaluació. Un seguiment a més llarg termini permetria traduir millor la influència d'altres aspectes de morbiditat i d'evolució de la malaltia en el marc d'una estratègia terapèutica que inclogui una combinació de quimioteràpia i radioteràpia.

La propera avaluació no només inclourà aspectes de qualitat del procés quirúrgic i de mortalitat, sinó que ampliarà l'anàlisi als criteris inclosos a l'Annex II de la instrucció com són paràmetres de recerca, treball multidisciplinari, organització de la pràctica clínica i tipus de relació entre centres autoritzats i derivadors. El monitoratge constant, el retorn de resultats i l'aprenentatge per al conjunt del sistema sanitari són components essencials per a la millora contínua dels resultats.

Cal augmentar la proporció de pacients que són valorats en comitè multidisciplinar prèviament a la cirurgia

Es preveu realitzar un seguiment d'aquestes dades als dos anys de la cirurgia

La propera avaluació inclourà paràmetres de recerca, treball multidisciplinari, organització de la pràctica clínica i tipus de relació entre centres autoritzats i derivadors

Metodologia

S'ha realitzat un estudi de cohorts retrospectiu amb tots els pacients amb intervencions quirúrgiques amb intenció curativa per càncer d'esòfag, càncer de pàncrees, metàstasis hepàtiques, tumor hepàtic primari i càncer de vies biliars durant els anys 2014 i 2015 i amb la cirurgia realitzada en centres del SISCAT. La identificació dels casos s'ha fet a través del CMBD-HA i s'ha validat amb cadascun dels centres. Per a la identificació dels casos del 2005 al 2010 s'han utilitzat els codis actuals de terciarisme.

Les variables recollides pels centres van ser prèviament seleccionades pels mateixos experts quirúrgics. Cadascun dels centres ha facilitat la informació corresponent a les variables seleccionades i relacionades amb informació relativa al pacient, l'estadi del tumor previ a la cirurgia, el tipus de tractament quirúrgic, l'aparició de complicacions i el tractament quirúrgic d'aquestes i l'estat vital. L'estat vital ha estat proporcionat pel Registre Central d'Assegurats (RCA) del Catsalut. Aquestes dades han estat contrastades amb els responsables mèdics i quirúrgics de cada centre.

Codis d'identificació, criteris d'inclusió i proporció de casos inclosos a l'auditoria

	Diagnòstic (CIM-9)	Procediments (CIM-9)	Nombre de casos identificats 2014-2015	Criteris d'inclusió audit
Cirurgia de càncer d'esòfag ¹	150	424 4240 4241 4242 4299 438 4381 4389 439 4391 4399	197	Intervencions quirúrgiques de càncer d'esòfag amb intenció curativa amb alta durant el període 2014 - 2015
Cirurgia de càncer de pàncrees ²	152 157	5251 5252 5253 5259 526 527	594	Intervencions quirúrgiques en tumor de pàncrees amb intenció curativa amb alta durant el període 2014 - 2015
Cirurgia oncològica hepàtica	155 156 197.7	5022 5029 503 5122 5162 5163 5164 5169 527	1.270	Intervencions quirúrgiques de metàstasis hepàtiques, en tumor de les vies biliars i en tumor hepàtic primari amb intenció curativa amb alta durant el període 2014 - 2015

1. La cirurgia de càncer d'esòfag inclou les intervencions per càncer de còrdies si el procediment inclou extirpació d'esòfag.
2. La cirurgia de càncer de pàncrees inclou els tumors del duodè periampul·lars i els tumors de via biliar distal.

Per a la descripció de l'evolució del volum anual d'intervencions en el període 2005 - 2015, les categories de volum s'han obtingut del CMBD-HA de cadascun dels anys estudiats, o bé de les dades d'auditoria quan se'n disposaven (2012 - 2015). Per a l'anàlisi de la raó de mortalitat estandarditzada, s'ha calculat la probabilitat esperada de mort a 30 dies a partir d'un model de regressió logística tenint en compte el sexe, l'edat, l'estadiatge i el volum. Per a la comparació de les proporcions de mortalitat intraoperatòria entre els períodes 2005 - 2011 i 2012 - 2015 s'ha utilitzat la prova Chi-quadrat.

El compliment de la instrucció s'ha mesurat com la proporció de cirurgies en centres autoritzats respecte del total de cirurgies. Per a la descripció del volum de procediments realitzats pels centres autoritzats s'han considerat les dues unitats funcionals d'atenció especialitzada (Parc de Salut Mar-St Pau i Mútua Terrassa-Parc Taulí) com a centres individuals.

Bibliografia

1. Instrucció 01/2012 del CatSalut sobre la reordenació de l'atenció oncològica d'alta especialització. Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012. [consulta 2 octubre 2017]. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/article_instruccio_01_2012
2. Pla de Salut 2011-15. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012. [consulta 2 octubre 2017]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/
3. Manchón-Walsh P, Espinàs JA, Prades J, Aliste L, Pozuelo A, Benaque A, et al. Avaluació del procés de concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització a Catalunya. Monogràfics de la Central de resultats, núm. 21. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016. [consulta 2 octubre 2017]. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fixers_estatics/MONOGRAFIC_21_AVAL_TERCARISME_ONCO.pdf
4. Van Leersum NJ, Snijders HS, Henneman D, Kolfshoten NE, Gooiker GA, ten Berge MG, et al. The Dutch surgical colorectal audit. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(10):1063-70.
5. Allum W, Osorio J. EURECCA oesophago-gastric cancer project. *Cir Esp*. 2016;94(5):255-6.
6. Mamidanna R, Ni Z, Anderson O, Spiegelhalter SD, Bottle A, Aylin P, Faiz O, Hanna GB. Surgeon volume and cancer esophagectomy, gastrectomy, and pancreatectomy: a population-based study in England. *Ann Surg*. 2016;263(4):727-32.
7. Vélez-Serrano JF, Vélez-Serrano D, Hernandez-Barrera V, Jiménez-García R, Lopez de Andrés A, Garrido PC, et al. Prediction of in-hospital mortality after pancreatic resection in pancreatic cancer patients: A boosting approach via a population-based study using health administrative data. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178757.
8. Lemmens VE, Bosscha K, van der Schelling G, Brenninkmeijer S, Coebergh JW, de Hingh IH. Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization. *Br J Surg*. 2011;98(10):1455-62.

Aquest document ha sigut realitzat per:

Paula Manchón-Walsh¹, Josep Alfons Espinàs¹, Joan Prades¹, Abigüei Torrents¹,
Luisa Aliste¹, Alfonso Pozuelo², Alba Benaque², Àlex Guarga², Cristina Nadal²,
Josep Maria Argimon³, Josep Maria Borràs¹

1. Pla Director d'oncologia, Departament de Salut
2. Àrea d'atenció sanitària, Servei Català de la Salut (CatSalut)
3. Subdirecció, Servei Català de la Salut (CatSalut)

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)
08005 Barcelona
Tel.93 551 39 00
Fax.93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

L'Agència d'Avaluació i Qualitat Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat el sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), membre fundador de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA) i membre del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea. També forma part del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Manchón-Walsh P, Espinàs JA, Prades J, Torrents A, Aliste L, Pozuelo A, et al. Avaluació dels resultats de la concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització a Catalunya: una actualització en què s'inclou el període 2014-2015. Monogràfics de la Central de Resultats, núm. 28. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888
Fax: 93 551 7510
<http://observatorisalut.gencat.cat>

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) Primera edició: Barcelona, desembre 2017

Disseny: Joana López-Cordiente

Correcció: AQuAS

Alguns drets reservats:

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>