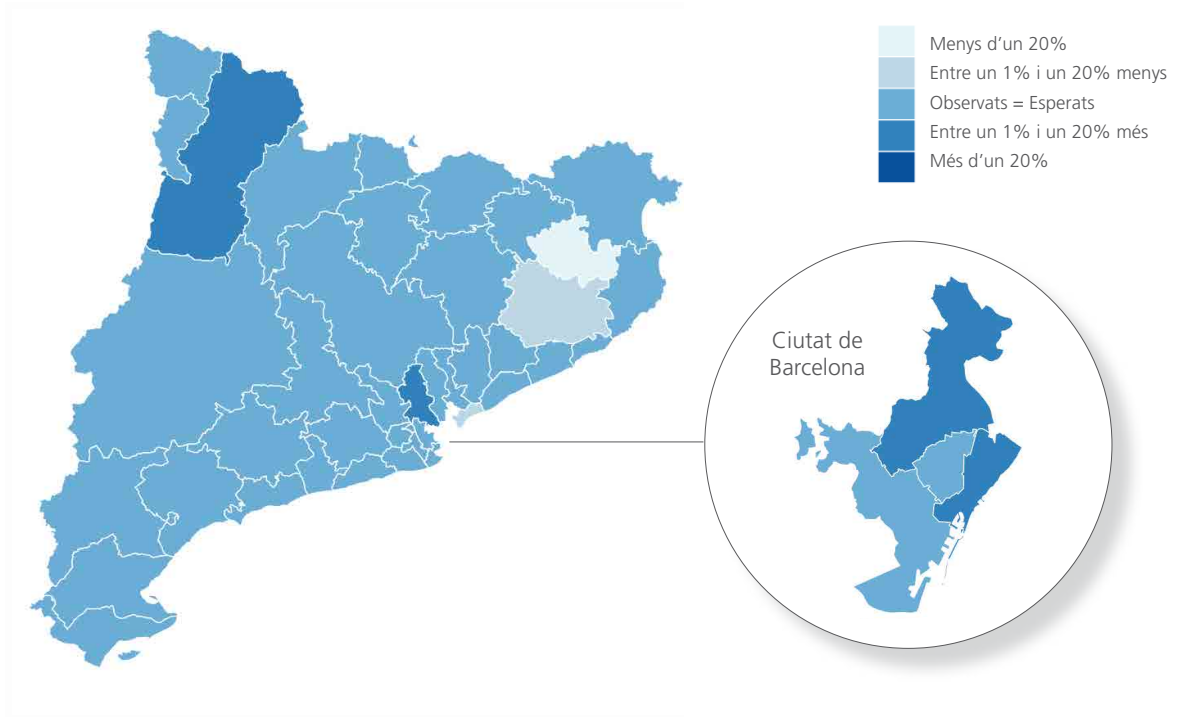


Cirurgia oncològica digestiva: Càncer de pàncrees (2005-2016)

Raons estandarditzades d'ingrés per cirurgia oncològica de pàncrees per àrea de gestió assistencial* en homes i dones majors de 35 anys per al període de 2005 a 2016.



Raons estandarditzades d'ingrés per cirurgia oncològica de pàncrees per àrees de gestió assistencial (AGA), de 2005 a 2016, en ambdós sexes per a tots els pacients majors de 35 anys. Les àrees de color blau més clar representen les AGA on els ingressos observats són significativament menors (en termes estadístics) que els esperats per al conjunt d'AGA. Les àrees de color blau més fosc representen les AGA on els ingressos observats són significativament superiors que els esperats per al conjunt d'AGA.

El càncer de pàncrees és un càncer difícil de detectar i diagnosticar. Alhora, la gravetat de la malaltia i l'absència d'un tractament efectiu fan que continuï sent actualment un dels processos neoplàsics de pitjor pronòstic. La cirurgia és l'única alternativa terapèutica actual potencialment curativa, encara que només per a pocs pacients. No es disposa de gaire informació sobre el maneig del pacient a la pràctica clínica habitual, i de com aquest influeix en els resultats obtinguts. Al 2012 es produeix la reordenació de l'atenció oncològica d'alta especialització (Instrucció 01/2012 del Catsalut) i resulta de gran interès veure l'impacte en l'accés a aquest tipus d'intervencions i en els resultats en termes de mortalitat intrahospitalària i posthospitalària (fins a 90 dies post-alta).

* Les àrees de gestió assistencial (AGA) són delimitacions territorials que parteixen de l'agrupació d'àrees bàsiques de salut (ABS). Aquesta delimitació correspon a criteris de planificació operativa, de coordinació i d'anàlisi dels fluxos principals entre l'atenció primària i l'hospitalària bàsica.

Equip de treball: Laura Muñoz (contacte: lmunyoz@gencat.cat), Mireia Espallargues i Joan M. V. Pons de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); Josep Maria Borràs, Julieta Corral i Josep Alfons Espinàs del Pla director d'oncologia del Departament de Salut; Roger Pla del CatSalut; Cristian Tebé de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).

Font de dades: Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) a l'alta hospitalària.

Com citar aquest document: Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva: Càncer de pàncrees (2005-2016). Atles de variacions del SISCAT, número 10. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2017.

Introducció

El càncer de pàncrees no és un càncer excessivament freqüent, ja que només representa el 2,7% de tots els casos de càncer que es registren cada any a Espanya, però la mortalitat per aquest tipus de càncer és molt elevada, i és el càncer amb la taxa de supervivència més baixa, ja que només el 5% dels pacients diagnosticats sobreviuen més de 5 anys. A Espanya, el càncer de pàncrees suposa al voltant d'uns 6.500 casos nous a l'any i unes 6.200 morts a l'any^{1,2}.

A Catalunya el nombre de casos incidents d'aquest càncer va ser al 2017 de 623 homes

i 577 dones, i el nombre de casos morts per aquest càncer va ser de 579 homes i 511 dones³, sent la supervivència relativa als 5 anys del 6,5% en homes i del 3,2% en dones⁴.

A Europa el càncer de pàncrees representa el quart càncer que més morts provoca, tant en homes com en dones. El càncer de pàncrees és el que té el pitjor pronòstic a 5 anys tant en homes com en dones. Aquesta alta letalitat provoca que la mortalitat per aquest càncer sigui gairebé la mateixa i segueixi la mateixa tendència temporal que la incidència.

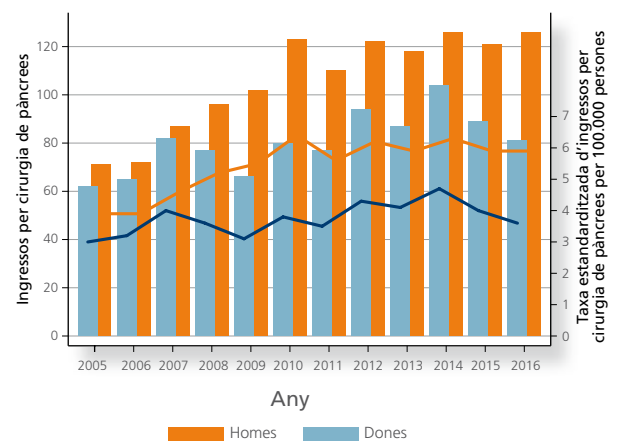
Activitat

Intervencions

En el període 2005 a 2016, 1.274 homes i 964 dones majors de 35 anys van ser ingressats en un hospital públic d'aguts per realitzar una cirurgia de càncer de pàncrees. El 57% eren homes, el 26% tenien entre 35 i 59 anys, el 32% entre 60 i 69, el 34% entre 70 i 79, i el 8% més de 80 anys. En el període estudiat les taxes d'incidència acumulada d'ingrés per cirurgia de pàncrees estandarditzades per edat en homes ha augmentat fins al 2010 i des d'aleshores s'ha mantingut força constant: 3,9 ingressos per cada 100.000 persones l'any 2005, 6,4 ingressos per cada 100.000 persones l'any 2010 i 5,9 ingressos per cada 100.000 persones l'any 2016. En canvi, en les dones, aquestes taxes s'han mantingut força constants durant tot el període, partint de 3,0 ingressos per 100.000 persones l'any 2005, 3,8 ingressos per 100.000 persones l'any 2010 i 3,6 ingressos per 100.000

persones l'any 2016 (Figura 1). Per grups d'edat són els pacients de més edat (majors de 60 anys) els que presenten un major augment de les taxes d'ingrés, tant en homes com en dones.

Figura 1. Evolució del volum i les taxes d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees estandarditzades per edat i sexe (2005-2016).

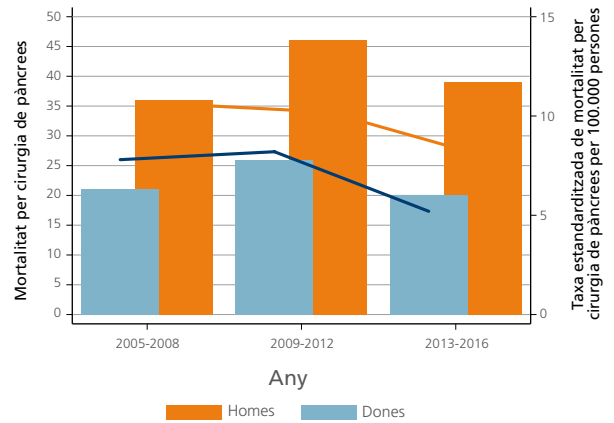


El volum d'ingressos per cirurgia de pàncrees es mostra a l'eix Y esquerre i es representa per les barres. La taxa estandarditzada d'ingressos per cirurgia de pàncrees per 100.000 persones es mostra a l'eix Y dret i es representa per les línies.

Mortalitat

En el període 2005 a 2016, 121 dels 1.274 homes intervinguts i 67 de les 964 dones intervingudes van morir a l'hospital durant l'ingrés o als 90 dies posteriors a l'alta per una cirurgia de càncer de pàncrees. L'evolució de la taxa crua de mortalitat en homes és descendent partint d'11,0 per 100 ingressos en el període 2005-2008 a 7,9 per 100 ingressos en el període 2013-2016. Igualment en dones, va de 7,3 per 100 ingressos en el període 2005-2008 a 5,5 per 100 ingressos en el període 2013-2016 (Figura 2).

Figura 2. Evolució del volum i les taxes de mortalitat durant l'ingrés o els 90 dies posteriors a l'alta per cirurgia de càncer de pàncrees estandarditzades per edat i sexe (2005-2016).



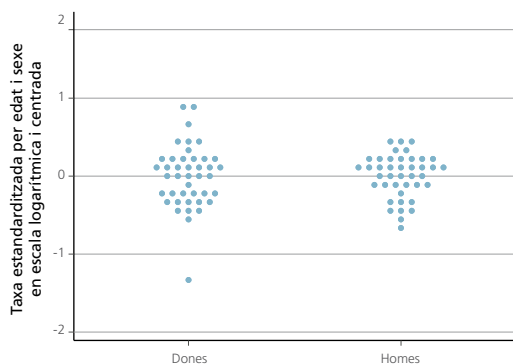
El volum de mortalitat per cirurgia de pàncrees es mostra a l'eix Y esquerre i es representa per les barres. La taxa estandarditzada de mortalitat per cirurgia de pàncrees per 100.000 persones es mostra a l'eix Y dret i es representa per les línies.

Magnitud de la variació

S'observen una mica més del doble ($RV_{5-95} = 2,4$) de cirurgies de càncer de pàncrees entre l'AGA amb una taxa estandarditzada major (percentil 95) i l'AGA amb una taxa estandarditzada menor (percentil 5), sent 2,8 en homes i 3,1 en dones. Per grups d'edat la RV_{5-95} fou més elevada a major edat, així per als pacients entre 35 i 59 anys fou de 8,7, en els pacients entre 60 i 69 anys de 45,5 i en els pacients entre 70 i 79 anys de 107,3 (en els majors de 80 anys no es va po-

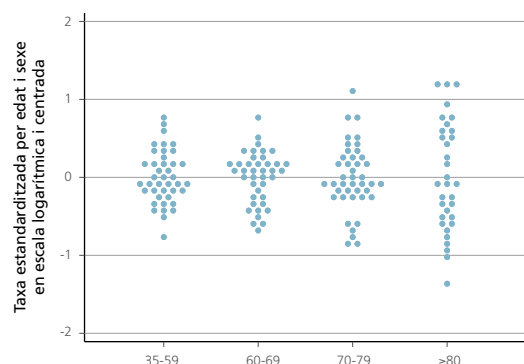
der calcular perquè hi havia 19 àrees sense cap cas). L'estadístic que quantifica la variació entre àrees no deguda a l'atzar, l'Empíric de Bayes (EB), va presentar en conjunt valors propers a 0, que indica una variació gairebé nul·la. Tal com s'aprecia a les figures de punts, el logaritme centrat de les taxes estandarditzades es mostra força compacte en conjunt, per sexe, grups d'edat i períodes estudiats (Figures 3 a 5).

Figura 3. Gràfic de punts de les taxes estandarditzades d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees per sexe (2005-2016).



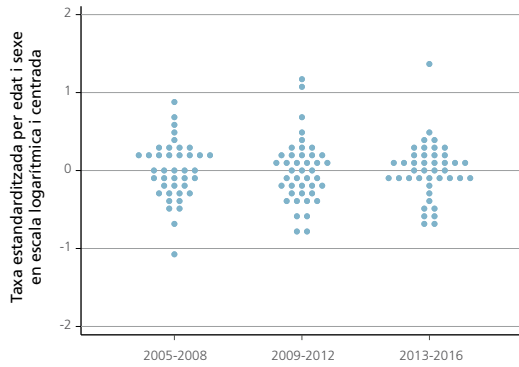
Taxes estandarditzades d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees per àrees de gestió assistencial (AGA) de 2005 a 2016. Cada punt representa una AGA. Per facilitar-ne la interpretació i comparació, les taxes estandarditzades es presenten en escala logarítmica i centrades en zero.

Figura 4. Gràfic de punts de les taxes estandarditzades d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees per grups d'edat (2005-2016).



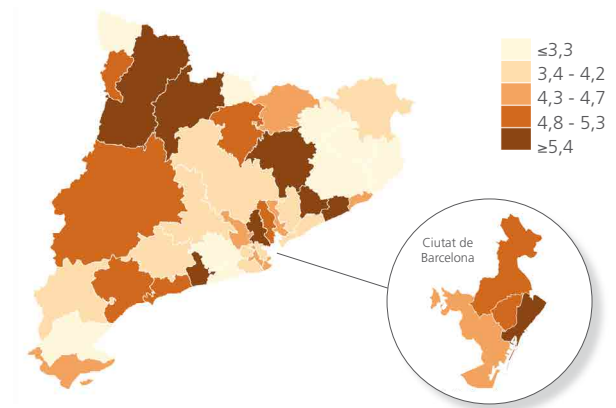
Taxes estandarditzades d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees per àrees de gestió assistencial (AGA) de 2005 a 2016. Cada punt representa una AGA. Per facilitar-ne la interpretació i comparació, les taxes estandarditzades es presenten en escala logarítmica i centrades en zero.

Figura 5. Gràfic de punts de les taxes estandarditzades d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees per anys (2005-2016).



Taxes estandarditzades d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees per àrees de gestió assistencial (AGA) de 2005 a 2016. Cada punt representa una AGA. Per facilitar-ne la interpretació i comparació, les taxes estandarditzades es presenten en escala logarítmica i centrades en zero.

Figura 6. Taxes estandarditzades d'ingrés per cirurgia oncològica de pàncrees per àrea de gestió assistencial en homes i dones majors de 35 anys per al període de 2005 a 2016.



Al mapa es mostra la taxa d'incidència acumulada d'ingrés per cirurgia de pàncrees, estandarditzada per edat i sexe, que no sembla respondre a un patró determinat (Figura 6).

A la figura en portada es mostra la distribució geogràfica de les raons estandarditzades per edat i sexe d'ingressos per cirurgia oncològica de pàncrees en pacients majors de 35 anys, dibuixant un patró de poca variació. Així, aquelles àrees pintades de color blau més clar (Barcelonès Nord i Baix Maresme, Gironès Sud i Selva Interior, Gironès Nord i Pla de l'Estany) presenten

un nombre d'ingressos observats significativament (en termes estadístics) menors que els esperats per al conjunt d'àrees; les àrees pintades de color blau més fosc (Pallars, Vallès Occidental Oest, Barcelona Litoral Mar i Barcelona Nord) presenten un nombre d'ingressos observats significativament superiors que els esperats per al conjunt d'àrees.

El reduït nombre de morts durant l'ingrés o als 90 dies des de l'alta no permet fer un estudi de variabilitat per àrees de la mortalitat.

Discussió

Les taxes d'incidència acumulada d'ingressos per cirurgia de càncer de pàncrees, estandarditzades per edat i sexe, augmenten fins a 2010, i a partir d'aquest any i fins a 2016 s'estabilitzen. També s'observa una diferència entre homes i dones en aquest augment de les taxes d'incidència, ja que en els homes aquest augment és molt més marcat que en les dones, les quals presenten unes taxes més estables durant tot el període.

Aquesta tendència en les intervencions reflecteix sobretot el patró de la incidència del càncer (des de 1994, la incidència d'aquest augmenta un 1,8% anual en els homes i es manté estable en les dones) i l'augment del ventall d'indicacions de la cirurgia a la dècada anterior. La diferència entre homes i dones pot estar explicada en part pels factors de risc més rellevants identificats fins ara, el tabac i l'alcohol, sobretot, els grans bevedors. L'obesitat és un altre factor

que s'ha relacionat amb el càncer de pàncrees, així com l'antecedent d'una pancreatitis prèvia o d'una cirurgia gàstrica. La diabetis també ha mostrat ser un factor de risc per a aquest càncer.

Les hospitalitzacions per cirurgia de càncer de pàncrees presenten molt poca variabilitat geogràfica en general, però sembla que aquesta podria augmentar a mesura que augmenta l'edat (35-59 anys *versus* 60-69 i 70-79 anys).

Tot i que el càncer de pàncrees no és freqüent, la seva càrrega de morbiditat que representa a l'assistència sanitària hospitalària és significativa, ja sigui per la cirurgia en si com per les reintervencions i altres reingressos que es produeixen, indicadors que caldrà estudiar amb detall en un futur, atès que la variabilitat geogràfica que es dona en relació amb altres àrees i països del nostre entorn sembla important^{5,6}.

La reordenació de l'atenció oncològica d'alta especialització al 2012 (Instrucció 01/2012 del CatSalut⁶) que establia un volum mínim d'11 procediments quirúrgics anuals per al càncer de pàncrees, reduint així el nombre d'hospitals que realitzen aquest tipus d'intervenció i augmentant significativament el percentatge de pacients intervinguts en centres de major volum, podria estar explicant part de la disminució que s'observa en el nombre de morts produïdes durant l'estada hospitalària o fins a 90 dies post-alta. Aquest resultat és especialment rellevant en aquest càncer, atès que el percentatge d'epi-

sodis hospitalaris mortals es troba per sobre del de la majoria dels processos neoplàsics atesos als hospitals.

A més, tenint en compte els resultats d'altres estudis a nivell espanyol, s'ha observat una important variabilitat geogràfica en el risc de morir per càncer de pàncrees dins de l'hospital. Aquestes diferències podrien estar parcialment relacionades amb diferents models d'organització assistencial per a l'atenció del càncer, amb desenvolupaments desiguals entre comunitats autònomes en les xarxes de cures extrahospitalàries o l'atenció domiciliària. Un major desenvolupament i una millor qualitat assistencial en el maneig d'aquests pacients fora de l'àmbit hospitalari implicarien una tendència creixent a què la mort dels pacients terminals es produeixi amb una major freqüència en el seu propi domicili.

En conclusió, hi ha molt poca variabilitat en la cirurgia per càncer de pàncrees a nivell global. La reordenació de l'atenció oncològica d'alta especialització, portada a terme a partir de 2012, no sembla haver afectat en l'accés a aquest tipus d'intervenció en funció de l'àrea de residència del pacient, i pot haver ajudat a millorar els resultats de la mateixa en termes de mortalitat intrahospitalària i posthospitalària (fins a 90 dies post-alta), però aquesta concentració i afavoriment d'una major expertesa d'alguns equips quirúrgics no sembla haver reduït el dilema d'intervenir la gent més gran (de 60 a 79 anys).

Accions i recomanacions

- Caldrà explorar en un futur possibles factors que puguin estar influint en aquesta (encara que poca) variabilitat, especialment en relació als resultats clínics, comptant amb dades dels propis centres; anàlisi que hauria permès detectar diferències en funció de les diferents característiques que presenten.
- Desenvolupar futurs estudis de major abast geogràfic i amb sistemes d'informació més específics i detallats que permetin estudiar els factors implicats en la mortalitat intrahospitalària del càncer de pàncrees, i aclarir fins a quin punt les diferències geogràfiques detectades es deuen a factors de maneig assistencial en els centres o les característiques organitzacionals pròpies dels diferents sistemes sanitaris.
- Actualitzar periòdicament aquestes anàlisis introduint nous indicadors de resultats (mortalitat a més llarg termini, recidives, etc.) i variables d'ajust (nivell socioeconòmic, estadiatge o gravetat de la malaltia, qualitat de la cirurgia, etc.), a mesura que puguin estar disponibles en els sistemes d'informació.
- Seguir amb el monitoratge de la variabilitat observada en els grups d'edat més grans.

Atles publicats

- 01 Atles de variacions en les intervencions per artroplasties de genoll (2005-2014)
- 02 Atles de variacions en les intervencions per artroplasties de maluc (2005-2014)
- 03 Atles de variacions en trombòlisi intravenosa en l'ictus isquèmic (2005-2012)
- 04 Atles de variacions en el tractament substitutiu renal (2002-2012)
- 05 Atles de variacions en teràpies respiratòries a domicili: Oxigenoteràpia (2008-2015)
- 06 Atles de variacions en teràpies respiratòries a domicili: Pressió positiva contínua a les vies aèries (2008-2015)
- 07 Atles de variacions en teràpies respiratòries a domicili: Ventilació mecànica (2008-2015)
- 08 Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva: Càncer d'estómac (2005-2016)

Atles en preparació

- Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva (cont.):
- 09 Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva: Càncer d'esòfag (2005-2016)
 - 10 **Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva: Càncer de pàncrees (2005-2016)**
 - 11 Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva: Càncer de fetge (2005-2016)
 - 12 Atles de variacions en cirurgia oncològica digestiva: Càncer de recte (2005-2016)
 - 13 Atles de variacions en les hospitalitzacions per cirurgia d'esquena

Bibliografia

- ¹ Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D, et al, REDECAN Working Group. Cancer incidence in Spain, 2015. Clin Transl Oncol 2017;19(7):799-825.
- ² Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN); 2014. Disponible a: <http://redecn.org>
- ³ Cancer.gencat.cat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://cancer.gencat.cat>
- ⁴ Registre del Càncer de Catalunya, Pla Director d'Oncologia de Catalunya. El càncer a Catalunya. Monografia 2016. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: <http://cancer.gencat.cat/ca/professionals/estadistiques/>
- ⁵ Sendra Gutiérrez JM, Palma Ruiz M, Sarría Santamera A, Puerto Vázquez M. Manejo hospitalario del cáncer de páncreas en España y estudio de los factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(6):319-26.
- ⁶ European Hospital Morbidity Database [Internet]. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe . Disponible a: <http://data.euro.who.int/hmdb>
- ⁷ Instrucció 01/2012 del CatSalut sobre la "Reordenació de l'atenció oncològica d'alta especialització". Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/article_instruccio_01_2012

Font metodològica

Metodologia dels Atles de variacions en la pràctica mèdica del SISCAT. Atles de variacions del SISCAT, número 0. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. Disponible a: http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/atles-de-variacions-i-de-qualitat-del-siscat/atles_variacions/atles_objectius_meto_equip/

© 2018, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Primera edició: Barcelona, novembre 2018

Disseny: Joana López-Corduente

Correcció: xxx

Alguns drets reservats:

© 2018, 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>

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut i membre 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).