

Vol. 31 - Especial Congreso - Septiembre 2017

GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

ISSN: 0213-9111

**XVII CONGRESO SESPAS
XXXV REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA
Y XII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE EPIDEMIOLOGIA
XXXVII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD
Ciencia para la Acción**

Barcelona, 6-8 de septiembre de 2017

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA
REVISTA ESPANYOLA DE SALUT PÚBLICA I ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA
REVISTA ESPAÑOLA DE SAÚDE PÚBLICA E ADMINISTRACIÓN SANITARIA
OSASUN PUBLIKO ETA SANITAL ADMINISTRAZIOZAKO ESPAINIAR ALDIZKARIA


SESPAS

769. SUPERVIVENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES ADULTOS EN ESPAÑA

M.D. Chirlaque, J. Galceran, A. Mateos, A. Torrella, J.M. Díaz, N. Larrañaga, R. Marcos-Gragera, E. Ardanaz, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Murcia, CIBERESP; Registro de Cáncer de Tarragona; Registro de Cáncer de Albacete; Registro de Cáncer de Castellón; Registro de Cáncer de Cuenca; Registro de Cáncer del País Vasco, CIBERESP; Registro de Cáncer de Girona; Registro de Cáncer de Navarra, CIBERESP; Registro de Cáncer de Granada, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Con el objetivo de proporcionar indicadores de control del cáncer, se analizó la supervivencia del cáncer en adultos diagnosticados durante el período 2000-2007 en regiones españolas que disponen de registro de cáncer y participan en el proyecto EUROCARE.

Métodos: Se incluyeron y analizaron los casos incidentes de cáncer del periodo 2000-2007 de nueve registros de cáncer de base poblacional españoles. Todas las neoplasias malignas primarias diagnosticadas en adultos (≥ 15 años) fueron elegibles para el análisis. Los pacientes fueron seguidos hasta el 31 de diciembre de 2008. Para cada tipo de cáncer, se estimó la supervivencia relativa a los 1, 3 y 5 años del diagnóstico con el método Ederer-II. El análisis se estratificó por sexo y edad. Se obtuvo la supervivencia relativa estandarizada por edad y se comparó con la media europea y con el período 1995-1999.

Resultados: El melanoma cutáneo (84,6%, IC95% 83,0-86,2), el cáncer de próstata (84,6%, IC95% 83,6-85,6) y el de tiroides (84,2%, IC95% 82,0-86,6) mostraron la mayor supervivencia relativa a 5 años del diagnóstico, mientras que el peor pronóstico se observó en el cáncer de páncreas (6%, IC95% 5,1-7,0) y el de esófago (9,4%, IC95% 7,9-11,1). La supervivencia fue mayor en las mujeres (58,0%) que en los hombres (48,9%). La diferencia absoluta en la supervivencia relativa entre 2000-2007 y 1995-1999 fue positiva para todos los cánceres conjuntamente (+4,8% en hombres, +1,6% en mujeres) y para la mayoría de las localizaciones tumorales. La supervivencia aumentó significativamente en la leucemia mieloide crónica, el linfoma no Hodgkin y el cáncer de recto en ambos sexos; en la leucemia linfocítica aguda y los cánceres de próstata, hígado y colon en hombres, y en el linfoma de Hodgkin y el cáncer de mama en mujeres. Los patrones de supervivencia por edad en Europa y España fueron similares. Se observó una disminución de la supervivencia al aumentar la edad en todos los tumores, siendo más pronunciada esta disminución en cáncer de ovario, cuerpo uterino, próstata y vejiga, y menos en los cánceres de cabeza y cuello.

Conclusiones/Recomendaciones: Hay grandes diferencias en las tasas de supervivencia según el tipo de cáncer, desde valores superiores al 84% hasta valores inferiores al 10%. Se han observado diferencias entre los registros españoles y otros países europeos en el pronóstico por edad, sexo y periodo de diagnóstico lo que demuestra que hay oportunidades para mejorar la atención oncológica en España.

773. USO DE REGISTROS POBLACIONALES DE CÁNCER PARA LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS ONCOLÓGICOS

R. Font, A. Torrents, P. Manchón Walsh, R. Marcos Gragera, J. Galceran, A. Izquierdo, F. Saladié, A. Prat, J.M. Borrás

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; IDIBELL, Universitat de Barcelona; Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona (UERCG), Pla Director d'Oncologia; Universitat de Girona; Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGi); Registre de Càncer de Tarragona, Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer, Institut d'Investigacions Sanitàries Pere Virgili; Servei Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: Los registros poblacionales de cáncer pueden ser útiles como fuente de información en la evaluación de Servicios sanitarios (SS). Un ejemplo relevante es el análisis de la administración oral de quimioterapia que cambia la perspectiva de la adherencia de los fármacos en pacientes con cáncer de mama (CM). Evaluar la adherencia y persistencia al tratamiento hormonal oral (THO) en pacientes con CM y su impacto en la recurrencia del tumor y la supervivencia.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de base poblacional. Se incluyen todos los casos incidentes de CM de los registros poblacionales de cáncer de Cataluña (Girona y Tarragona) entre 2007 y 2011. Se consideraron adherentes si cumplieron entre 80-110% del tratamiento teórico prescrito. La información del THO se obtuvo mediante auditoría de la historia clínica y la base de datos de farmacia comunitaria. Se ha restringido el análisis a las pacientes con cáncer invasivo. Análisis estadístico: descriptivo y regresión logística para evaluar los factores asociados a la adherencia.

Resultados: 3.826 pacientes fueron diagnosticadas de CM invasivo durante el período 2007-2011. A 3.037 mujeres (79,4%) se les prescribió THO. Las pautas fueron: inhibidores aromatasa (56,6%), tamoxifeno (21,5%) y pautas secuenciales (18,2%). En 2.815 mujeres consta la retirada del THO en farmacia de las cuales el 78% son adherentes al THO a los 5 años. Las variables que se asocian a la adherencia son (OR (IC95%)): edad (50-69 y > 69 vs < 50 1,59 (1,27-2,00) y 1,36 (1,07-1,73)); estadio clínico (III y IV vs I 0,67 (0,51-0,88), 0,23 (0,16-0,33)); cirugía (No vs Sí 0,36 (0,23-0,54)); tratamiento neo-adyuvante (Sí vs No 0,69 (0,54-0,89)) o adyuvante (HTO y QT/RT vs HTO 1,82 (1,38-2,38)); tipo HTO (inhibidores vs tamoxifeno 2,03 (1,50-2,75)) y efectos adversos al THO (1,30 (1,08-1,57)). La no-adherencia se asocia a un mayor riesgo de recidivas (2,77 (2,01-3,82)) y mortalidad (2,86 (2,17-3,77)) con una mediana de seguimiento 4,6 años.

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio muestra la potencial utilidad de los registros poblacionales en cáncer para la evaluación de SS. Los análisis parciales muestran una notable adherencia medida a partir del registro de farmacia con impacto en los resultados de salud. La adherencia debe ser considerada como un factor a tener en cuenta en el control y seguimiento de las pacientes con THO.

Financiación: FMTV3-2C130610/RD12/0036/0053.

778. LA IMPORTANCIA DE LOS CÁNCERES RAROS: JOINT ACTION ON RARE CANCERS

C. Navarro, M.D. Chirlaque, R. Peris-Bonet, M.J. Sánchez

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Murcia; IMIB-Arrixaca; CIBERESP; Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP), Universidad de Valencia; Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública; IBS, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los cánceres raros representan el 22% de los tumores en la UE. Estudios recientes apuntan a que su diagnóstico y tratamiento puede estar por debajo de los estándares en algunos países europeos. En 2016 la UE ha puesto en marcha una Joint Action para mejorar los resultados en salud de los pacientes con cánceres raros y disminuir las desigualdades entre países. Los registros de cáncer de población (RCBP) son clave proporcionando información sobre incidencia, supervivencia y prevalencia de los tumores raros (TR). Se presentan objetivos y primeros resultados relacionados con los RCBP.

Métodos: Joint Action on Rare Cancer (JARC) con 10 paquetes de trabajo. Participan 34 instituciones de 19 países, 8 con experiencia en RCBP. Colaboran la Red Europea de Registros de Cáncer y el Joint Research Centre de la UE. Los métodos incluyen: 1) revisión de documentos publicados o no, 2) cuestionarios sobre recogida, clasificación y codificación de topografía, morfología y estadio del tumor así como la determinación del estado vital de casos, 3) Estudios piloto y 4) talleres con grupos de expertos en RCBP de diferentes países.

Resultados: El paquete 4 es el encargado de 1) Acordar una definición operativa y una lista de TR para los países miembros; 2) Proponer recomendaciones para mejorar la calidad del registro de los TR en los RCBP y para conocer el papel de los estudios de alta resolución en el contexto de la epidemiología descriptiva de los TR en Europa y del desarrollo de las Redes Europeas de Referencia (RER), y 3) Proponer recomendaciones para la explotación y linkage de datos de los RCBP para la investigación y el desarrollo de las RER. La JARC ha comenzado a finales de 2016. Se está armonizando la lista de tumores raros con la de ORPHANET. Se han revisado los indicadores de calidad de los TR y programado dos reuniones con expertos de RCBP. Se ha identificado como uno de los temas que requieren mayor estandarización el registro del estadio tumoral. Se está revisando la metodología, resultados y pros y contras de los estudios de alta resolución de TR realizados en el marco de RARECARENet. Se ha elaborado un modelo de colaboración y linkage entre RC y bases de datos clínicas para facilitar la evaluación de las RER.

Conclusiones/Recomendaciones: Los RCBP son esenciales para monitorizar la magnitud y las desigualdades en el control de los TR en Europa. La JARC proporciona el marco y ayuda a poner en marcha acciones para mejorar la calidad y comparabilidad de los indicadores de incidencia y supervivencia en los países de la UE.

Financiación: Grant Agreement 724161 JARC.

501. EURO CARE HIGH RESOLUTION STUDIES: PATRONES DE ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES CON CÁNCER

M.J. Sánchez Pérez, P. Minicozzi, L. van Eycken, A. Monnereau, A. Mayer, M. Usel, M. Sant, W.G. y Grupo de Trabajo de Alta Resolución

Escuela Andaluza de Salud Pública, Instituto de Investigación Biosanitaria IBS, Granada, Hospitales Universitarios de Granada/ Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Analytical Epidemiology and Health Impact Unit, Department of Preventive and Predictive Medicine, Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori; Registro de Cáncer de Bélgica, Bélgica; Red Francesa de Registros de Cáncer, FRANCIM, Francia; Universidad de Burdeos, Centro Inserm de Burdeos de Investigación en Salud de la Población, Equipo EPICENE, UMR 1219, Burdeos, Francia; Southern Portugal Cancer Registry; Registro de Cáncer de Ginebra, Universidad de Ginebra.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios de alta resolución recogen más información clínica que la habitualmente disponible en los registros de cáncer de población (RC), con el objetivo de estudiar los patrones de atención sanitaria y la adhesión a los tratamientos estándar. Este estudio analiza en 6 países europeos (Bélgica, Francia, Italia, Portugal, España y Suiza) un indicador de tratamiento estándar para pacientes ≥ 15 años con cáncer de mama (CM), colon-recto (CC), pulmón (CP), melanoma cutáneo (M) o linfoma no Hodgkin diagnosticados en 2009-2014.

Métodos: Se consideraron los siguientes indicadores en los RC con $< 30\%$ de información desconocida en las variables estudiadas: Quimioterapia neo-adyuvante (QT) en 1.301 casos de CM en estadio III. QT adyuvante en 2.757 casos de CC en estadio II/III sometidos a cirugía. Cirugía curativa en 458 casos de CP de células no pequeñas (NPCP) con estadios I-II. Biopsia del ganglio centinela (BGLC) en 898 casos de M con ≥ 1 mm Breslow. Terapia dirigida (TD) en 272 linfomas foliculares (LF) y 531 linfomas difusos de células B grandes (LDCBG), con al menos 1 tratamiento.

Resultados: 22% (17 de 19 RC: 8% Italia-39% Portugal) de los casos de CM en estadio III se sometió a QT neo-adyuvante. El 41% (15 de los 17 RC: 25% Suiza-46% Italia) de los casos de CC en estadio II-III tratados quirúrgicamente recibió QT adyuvante. 67% (5 RC: 56% Portu-

gal-74% Suiza) de los casos de NPCP en estadio I-II se sometió a cirugía curativa. 66% (7 de 8 RC: 51% Italia-74% Portugal) de MC con ≥ 1 mm-Breslow se sometió a BGLC. 81% (5 de 6 RC: 71% Italia-84% España) de LF y el 76% (66% Italia-85% Francia) de LDCBG se sometió a TD.

Conclusiones/Recomendaciones: Hay diferencias en la adhesión a las guías clínicas en Europa, principalmente por la diferente disponibilidad de recursos y a la organización de los sistemas de salud.

Financiación: HEGHCARE (Exp. AC14/00036), cofinanciado por Fondos FEDER.

611. VARIABILIDAD GEOGRÁFICA EN LA INCIDENCIA DE TUMORES PRIMARIOS MÚLTIPLES EN EUROPA

C. Martos, F. Giusti, M.J. Sánchez, R. Marcos Gragera, A. López, M.D. Chirlaque, E. Ardanaz, J. Galceran, M. Bettio

Joint Research Centre; CIBERESP; Registro de Cáncer de Granada; Registro de Cáncer de Girona; Registro de Cáncer del País Vasco; Registro de Cáncer de Murcia; Registro de Cáncer de Navarra; Registre de Càncer de Tarragona.

Antecedentes/Objetivos: Se ha observado un incremento en el desarrollo de más de un cáncer en un mismo paciente a lo largo de la vida, debido, en parte, al envejecimiento de la población y al aumento de la supervivencia. El análisis de tumores primarios múltiples (TPM) a nivel poblacional en diversas áreas europeas, permitiría generar hipótesis sobre factores de riesgo comunes a diferentes tipos de cánceres y detectar diferencias en la atención a estos pacientes. El objetivo del estudio es identificar la posible variabilidad en la incidencia de TPM entre los registros de cáncer de base poblacional (RC) que participan en el proyecto "Incidencia y Mortalidad de Cáncer en Europa" coordinado por la Red Europea de Registros de Cáncer (ENCR) y el Joint Research Centre (JRC).

Métodos: Se han incluido en el análisis todos los tumores malignos (TM) proporcionados por 40 RC europeos (8 españoles) para los que se disponía, al menos, de un periodo de 20 años. Se ha utilizado el JRC-ENCR Quality Check Software (QCS) para validar la consistencia interna de los datos e identificar alertas en la aplicación de las reglas internacionales para el análisis de TPM. Se ha calculado la proporción de pacientes con TPM con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) y la tasa de incidencia ajustada por edad (TIA) a la población europea con sus IC95%.

Resultados: Se han analizado 9.168.786 casos de TM (9% de los RCs españoles). La proporción de pacientes con TPM fue de 8,5% (8,90-8,94) en Europa, 8,02 (7,95-8,08) en España y 9,62 (9,57-9,67) en otros RCs del sur de Europa. La TIA fue de 29,5 (29,4-29,6) en Europa, 25,9 (25,7-26,1) en España y 35,5 (35,3-35,7) en otros RCs del sur de Europa. Después de validar los datos, se encontraron errores en la topografía, morfología y/o comportamiento únicamente en el 0,4% de los casos (0,1% en España y 0,01% en otros RCs del sur de Europa). En el 15% de los casos se detectaron posibles errores en la definición de TPM (3,3% en España y 1,5% en otros RCs del sur de Europa). Después de la validación de los datos, la proporción de pacientes con TPM fue de 7,61 (7,60-7,63) en Europa, 7,77 (7,71-7,83) en España y 9,49 (9,44-9,54) en otros RCs del sur de Europa. Las TIA fueron 25,35 (25,28-25,41), 25,0 (24,8-25,2) y 35,0 (34,8-35,1) respectivamente.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha observado variabilidad en la incidencia de TPM entre los RCs europeos. Esta variabilidad podría ser explicada, al menos parcialmente, por diferencias en la calidad de los datos. El JRC-ENCR QCS puede contribuir a mejorar tanto la calidad de los datos, como la comparabilidad entre los europeos.