



El càncer a Barcelona

2001



El càncer a Barcelona 2001

Coordinació general del document

Carme Borrell. Institut Municipal de Salut Pública.
Antoni Plasència. Institut Municipal de Salut Pública.

Amb la col·laboració de:

Josep M Borràs. Institut Català d'Oncologia.
Àlex Guarga. Consorci Sanitari de Barcelona.
Josep Sánchez Toledo. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
Institut Català de la Salut.

Autors

Capítol 1:

Carme Borrell. Institut Municipal de Salut Pública.
Victoria Sánchez. Institut Català d'Oncologia.

Capítol 2:

Juan Ramón Gonzalez. Institut Català d'Oncologia.
Victoria Sánchez. Institut Català d'Oncologia.
Josep M. Borràs. Institut Català d'Oncologia.

Capítol 3:

Elvira Torné. Consorci Sanitari de Barcelona.
Aina Plaza. Consorci Sanitari de Barcelona.
Carmen Medina. Consorci Sanitari de Barcelona.
Glòria Torras. Consorci Sanitari de Barcelona.
Cristina Minguell. Consorci Sanitari de Barcelona.
Sofia Ferré. Consorci Sanitari de Barcelona.
Josep M. Espinàs. Institut Català d'Oncologia.
Àlex Guarga. Consorci Sanitari de Barcelona.

Capítol 4:

Carme Borrell. Institut Municipal de Salut Pública.
Maika Rodríguez. Institut Municipal de Salut Pública.

Edició del document

M. Isabel Urgelles. Institut Municipal de Salut Pública.
Carolina Pijem. Consorci Sanitari de Barcelona.

Altres Institucions que han col·laborat

Àrea Sanitària CatSalut
Institut Municipal d'Assistència Sanitària.
Hospital Maternoinfantil. Vall d'Hebron.
Subdirecció d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

Edita: Institut Municipal de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
1a edició: Barcelona, novembre 2001
Tiratge: 2.000 exemplars
D.L.: B-47.824-01
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	5
CAPÍTOL 1. LA MORTALITAT PER CÀNCER	7
1.1. La mortalitat per càncer a Barcelona	9
1.2. Les tendències de mortalitat per càncer a Barcelona	10
1.3. Comparació de la mortalitat per càncer amb alguns països de la Unió Europea	13
1.4. Bibliografia	26
CAPÍTOL 2. LA INCIDÈNCIA DEL CÀNCER	27
2.1. La incidència del càncer	29
2.2. Tendències recents dels principals tipus de càncer	30
2.3. Projecció del nombre de casos nous de càncer a Barcelona	32
2.4. Comparació de la incidència amb alguns països de la Unió Europea	33
2.5. La incidència del càncer en la infantesa	33
2.6. Bibliografia	39
CAPÍTOL 3. L'ÚS DELS SERVEIS SANITARIS RELACIONATS AMB EL CÀNCER	41
3.1. Intervencions comunitàries sobre el càncer: atenció primària de salut, atenció sociosanitària i atenció a la salut sexual i reproductiva	43
3.1.1. Atenció primària de salut i sociosanitària	43
a) Activitats preventives	43
b) Atenció pal·liativa	44
3.1.2. Atenció a la salut sexual i reproductiva	45
a) Demanda i motius d'atenció als serveis de salut sexual i reproductiva	45
b) Pràctica preventiva en el càncer de coll d'úter	46
3.2. El Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona	47
3.2.1. El Programa com a instrument de canvi en l'atenció oncològica	47
3.2.2. L'extensió territorial del Programa	48
3.2.3. Cinc anys d'experiència del Programa	48
3.3. Neoplàsies diagnosticades als hospitals de Barcelona	49
3.3.1. Hospitalització de pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona	49
a) Pacients atesos	50
Pacients atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona	50
Pacients atesos als hospitals privats de Barcelona	57
b) Taxes d'hospitalització per càncer	63
c) Altes amb diagnòstic principal de quimioteràpia o radioteràpia	64
d) Pacients en edat pediàtrica	64
3.3.2. Radioteràpia als hospitals de la XHUP de Barcelona	66
a) Descripció general	66
b) Característiques del tractament	67
3.4. Bibliografia	69
CAPÍTOL 4. ELS DETERMINANTS DEL CÀNCER	71
4.1. El consum de tabac	73
4.2. El consum d'alcohol	76
4.3. Les pràctiques preventives en ginecologia	77
4.4. Bibliografia	79
PRINCIPALS CONCLUSIONS	81
RESUM	87

INTRODUCCIÓ

La celebració d'aquestes Segones Jornades de la Corporació Sanitària de Barcelona centrades en el tema del càncer, constitueix una oportunitat única per presentar una visió de conjunt del càncer a la ciutat, especialment des de la perspectiva epidemiològica o poblacional. Les institucions de salut pública, de gestió i planificació de recursos i les de serveis assistencials de Barcelona disposen d'un volum important de dades que permeten configurar una descripció àmplia de l'impacte i de les tendències del càncer en la mortalitat i la morbiditat atesa dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona, com també de la magnitud i de les característiques dels seus principals determinants.

Aquest document és, per tant, un recull exhaustiu i actualitzat de la situació del càncer a la ciutat, base indispensable per a l'orientació de les polítiques de prevenció i atenció sanitàries al voltant d'aquest problema de salut, la prioritat del qual ningú no posa en dubte. Alhora, pretén contribuir a la divulgació d'un volum important d'informació sanitària que no sempre es pot trobar de manera integrada i fàcilment accessible, tant per part dels professionals de la sanitat, com per part d'altres entitats i associacions interessades. En els tres plans de salut de Catalunya i de Barcelona ciutat, ja es va incloure com a àmbit clau d'intervenció l'atenció oncològica, amb objectius orientats a la reducció de la mortalitat per càncer i que incloïen la proposta de dissenyar un pla de reordenació de l'atenció oncològica. Recentment, en aquesta línia ha estat elaborat el Pla director d'oncologia a Catalunya 2001-2204, en el qual s'identifiquen els següents punts clau de millora en la lluita contra el càncer: millora dels resultats clínics i de la qualitat de vida, increment de les accions sistemàtiques de prevenció del càncer, millora de la informació sanitària disponible i prioritització de la recerca oncològica vinculada a la clínica. D'altra banda, a Barcelona hi ha una tradició fortament consolidada d'analitzar i difondre de manera continuada l'estat de salut dels barcelonins i barcelonines, i n'és un bon exemple l'Informe sobre la salut a Barcelona que elabora anualment l'Institut Municipal de Salut Pública des de fa més de quinze anys, amb la col·laboració del Consorci Sanitari de Barcelona i d'altres institucions sanitàries, mediambientals i socials de la ciutat. Documents com el que aquí es presenta palesen la transcendència i la utilitat de l'esforç de totes les persones i institucions que contribueixen a recollir de manera continuada i sistemàtica informació de qualitat sobre la salut.

Amb tot, és indispensable continuar reforçant la cobertura i l'exhaustivitat dels sistemes d'informació poblacional sobre el càncer a la ciutat. En aquest context, el Consorci Sanitari de Barcelona, l'Institut Municipal de Salut Pública i l'Institut Català d'Oncologia estan treballant conjuntament a la ciutat de Barcelona per millorar la informació sanitària disponible sobre la freqüència dels casos de càncer i els resultats clínics corresponents, sobre la base de la posada en funcionament d'un registre poblacional que permeti conèixer millor les característiques de la incidència del càncer i la seva evolució, i que incorpori la informació que faciliti l'aprofundiment necessari per avaluar la contribució dels dispositius assistencials a les tendències observades. Alhora, caldrà continuar treballant en els processos d'estandardització i control de qualitat dels sistemes d'informació per a la vigilància i el control del càncer a la ciutat. Finalment, la disponibilitat d'informació exhaustiva també s'ha de seguir acompanyant de totes les iniciatives que facilitin la difusió d'aquesta, sia en formats destinats a interlocutors especialitzats, o sia adreçats a la població general, especialment a través de l'optimització i l'extensió de les noves tecnologies.

Així mateix, cal millorar la informació disponible dels serveis sanitaris tant en l'àmbit de la prevenció com en el de l'atenció, i consolidar i millorar la qualitat del registre de morbiditat atesa i de l'activitat assistencial dels recursos sanitaris i socio-sanitaris.

Estem convençuts que aquest document constituirà una eina de suport útil en el desenvolupament d'aquestes Jornades, però també en el desplegament a la ciutat de Barcelona del Pla director d'oncologia a Catalunya 2001-2004. Malgrat la complexitat del problema que ens ocupa, creiem que l'esforç esmerçat il·lustra el valor indispensable de l'evidència científica i tècnica com a base de les decisions de planificació i gestió sanitàries.

Finalment, volem manifestar el nostre agraïment a totes les institucions, serveis tècnics i persones que han contribuït a definir i redactar el present document, en especial els membres del Comitè Científic de les Jornades de la Corporació Sanitària i les institucions que hi són representades. La seva contribució representa una nova fita en l'esforç col·lectiu per continuar fent front de manera efectiva a aquest greu problema de salut, tot apropant el coneixement a l'acció i potenciant una atenció sanitària integral, integrada i continuada amb uns nivells de qualitat òptims, i contribuint així a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona.

CAPÍTOL 1

LA MORTALITAT PER CÀNCER

L'anàlisi de la tendència de mortalitat per càncer és una eina bàsica per avaluar l'estat de salut d'una població, com també l'efecte de les intervencions preventives i de control. En aquest sentit, als països desenvolupats el càncer és una de les primeres causes tant de mortalitat general, com de mortalitat prematura.

La mortalitat per càncer ha disminuït des del final de la dècada dels vuitanta a la majoria de països de la Unió Europea, fet que es reflecteix en les tendències decreixents de mortalitat pels principals càncers, amb l'excepció del càncer de pulmó en les dones, en què s'observa una tendència creixent (LEVI *et al.*, 2000). Concretament, es va estimar que l'any 1996 es van estalviar 70.000 morts a causa de la disminució de les taxes. Aquesta evolució no ha estat igual als països del sud d'Europa i concretament a l'Estat espanyol, on la mortalitat pels principals càncers presenta encara una tendència cap a l'increment (FERNÁNDEZ *et al.*, 2000).

Aquest capítol pretén descriure la mortalitat per càncer a Barcelona, la seva evolució del 1983 al 1999 i també la comparació amb la d'altres països de la Unió Europea.

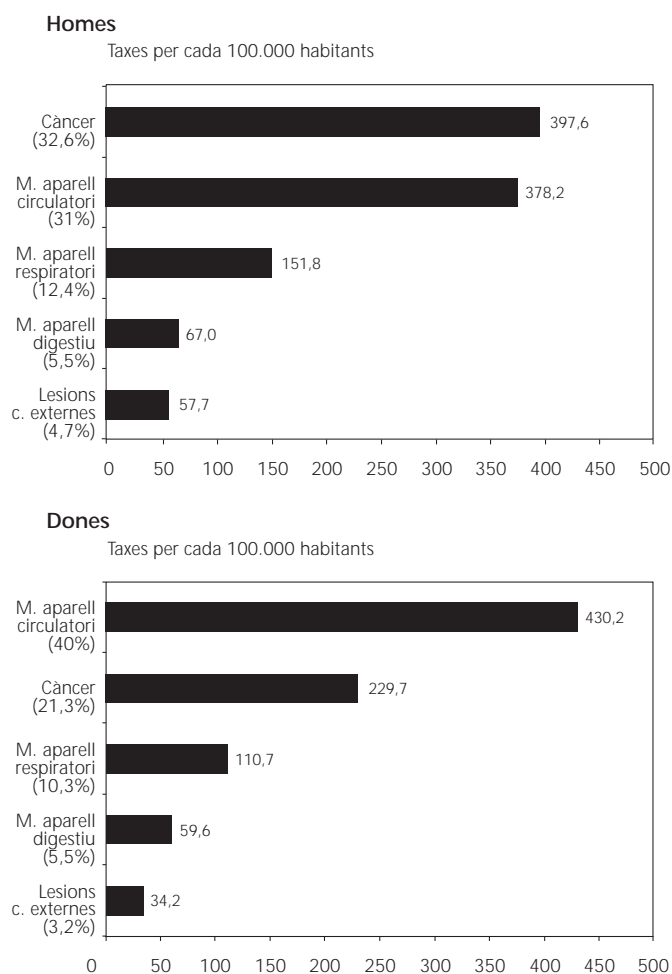
1.1. La mortalitat per càncer a Barcelona

L'any 1999, es van produir a la ciutat de Barcelona 4.649 morts per càncer (2.803 en homes i 1.846 en dones). Com a gran grup de causes de defunció de la *Classificació internacional de malalties*, novena revisió (CIM-9), el càncer constitueix la primera causa de mort en els homes (el 32,6% de les defuncions), per sobre de les malalties cardiovasculars, i la segona en les dones (el 21,3% de les defuncions) (figura 1.1). Cal dir, però, que si es tenen en compte la mortalitat prematura o els anys potencials de vida perduts entre l'any i els setanta anys, els càncers constitueixen la primera causa en els dos sexes, ja que aquestes morts es produeixen en edats més joves que les originades per malalties cardiovasculars (figura 1.2).

Quan es tenen en compte causes de defunció més detallades, s'observa que el càncer de pulmó és la segona en els homes, i el càncer de mama la quarta en les dones. Tots dos tumors són la primera causa d'anys potencials de vida perduts en homes i dones respectivament (Institut Municipal de Salut Pública, en premsa).

Dins de la mortalitat per càncer, en els homes les principals causes són, per aquest ordre, els càncers

Figura 1.1. Principals grans grups de causes de mortalitat segons sexe. Barcelona, 1999.



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

de pulmó, de còlon i recte, de pròstata, de fetge i de bufeta urinària; i en les dones els de mama, de còlon i recte, de pulmó, de fetge i d'estómac. Aquesta distribució canvia si tenim en compte els grups d'edat de 35 a 64 anys i de 65 anys i més. Així, en els homes joves, els càncers de cavitat oral i faringe i d'esòfag desplacen el de pròstata (característic d'edats avançades). En les dones més grans, el càncer de còlon i recte passa per davant del de mama, i desapareix el de pulmó d'entre les principals causes de mort per càncer (figures 1.3 i 1.4). En el grup d'edat de menys de 34 anys, la mortalitat per càncer és molt menys freqüent, essent la causa més important la leucèmia.

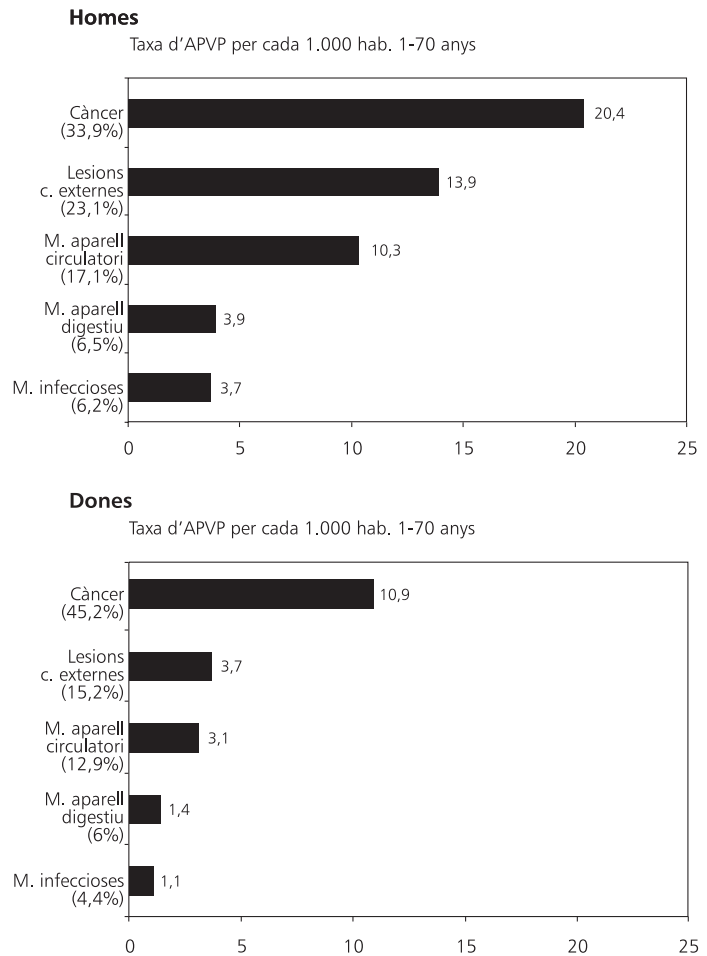
1.2. Les tendències de mortalitat per càncer a Barcelona

En aquest apartat es descriuen les tendències de mortalitat per càncer entre els anys 1983 i 1999. A les taules 1.1-1.6 (que incloem al final del present capítol), es pot veure l'evolució de les taxes de mortalitat segon sexe. Les taules 1.1 i 1.2 presenten les taxes estandarditzades per edat segons la població estàndard mundial (JENSEN *et al.*, 1991), i les taules 1.3-1.6, les taxes específiques per als grups d'edat de 35 a 64 anys i de 65 anys i més.

Mortalitat global per càncer

A Barcelona, la mortalitat global per càncer presenta una evolució similar a la descrita per al conjunt de la població de Catalunya (Fernández *et al.*, 2001a, 2001b). En els homes (figura 1.5 i taula 1.1) s'observa un increment de les taxes entre els anys 1983 i 1990, que després se suavitzava i continuava amb una disminució de les taxes en els darrers anys. Així, la taxa estandarditzada en els homes augmenta des de 182,8 l'any 1983 fins a arribar a un màxim de 204,6 el 1990 i, a partir d'aquí, s'observa una disminució fins a 190,8; fet que suggereix un canvi del patró cap a una estabilització i una disminució de la mortalitat. Les dones (figura 1.5 i taula 1.2) presenten una mortalitat més baixa per càncer que els homes, amb unes taxes que es mantenen més o menys constants, de prop de 90 morts per cada 100.000 fins el 1991, per disminuir a 81,1 el 1999. En el grup de 35 a 64 anys, en els homes, les taxes específiques segueixen el mateix patró: augmenten fins l'any 1992 i després presenten una disminució constant per a arribar al final del període estudiat a taxes inferiors a les de partida (figura 1.6 i taula 1.3). Per contra, en el grup d'edats avançades (65 anys i

Figura 1.2. Principals grans grups de causes d'anys potencials de vida perduts (APVP) segons sexe. Barcelona, 1999.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

més) s'observa, tot i que amb fluctuacions, un increment progressiu de la mortalitat (figura 1.6 i taula 1.5), a més de presentar taxes molt més elevades que en el cas dels joves, fet característic del patró epidemiològic d'aquestes malalties i que cal tenir en compte atesa la tendència cap a l'envelliment de la població. En les dones s'observa una evolució similar; així, en les dones joves (figura 1.6 i taula 1.4) les taxes disminueixen de 158,4 per cada 100.000 fins a 126,5, mentre que en el grup de 65 anys i més les taxes augmenten (figura 1.6 i taula 1.6). En conclusió, en els dos sexes s'observa un patró d'evolució semblant, caracteritzat per una disminució de la mortalitat per càncer en el grup de 35 a 64 anys i un increment en les edats avançades.

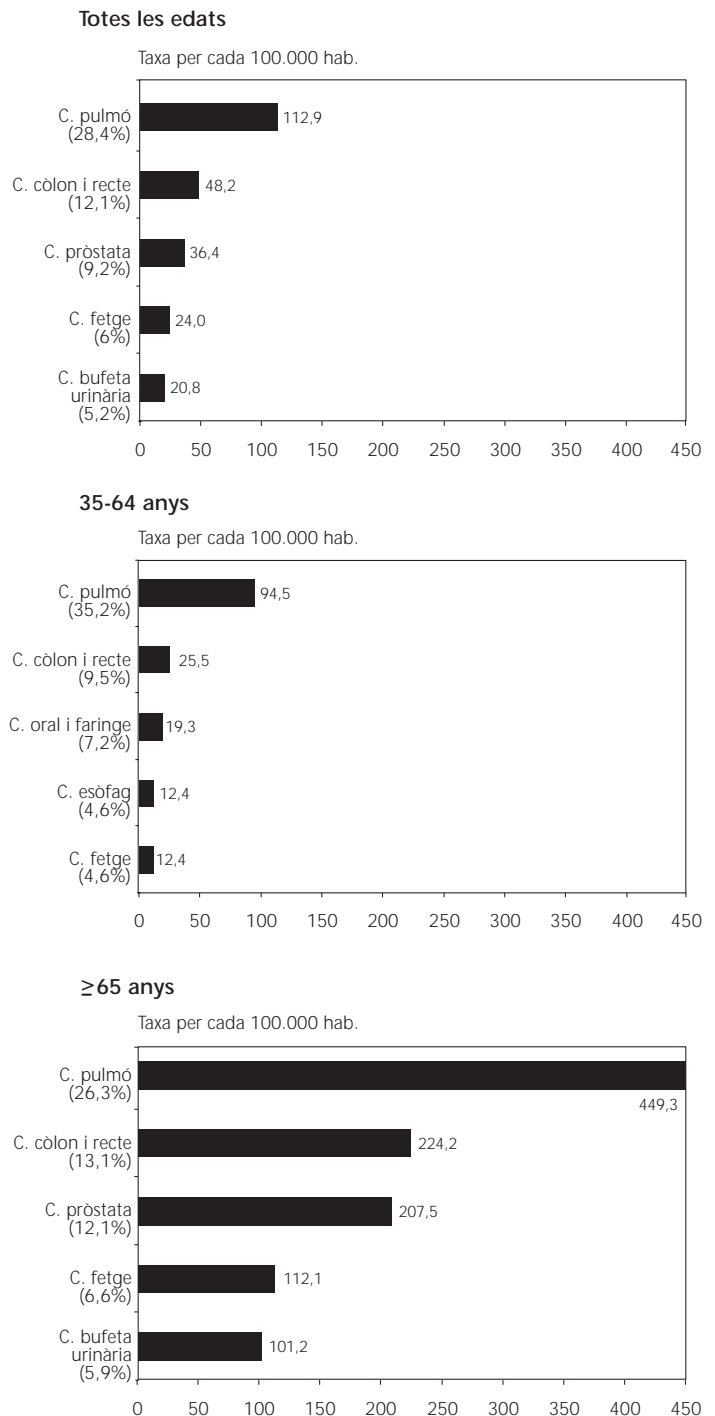
Càncer de pulmó

El càncer de pulmó s'origina fonamentalment a causa del tabac i ha presentat taxes de mortalitat ajustades que han tendit a augmentar en els homes (figura 1.7), passant de 47,7 per cada 100.000 l'any 1983, fins a 59,6 el 1993, per després baixar lleugerament al final dels anys noranta. Si tenim en compte tot el període, s'observa un increment de la mortalitat, tot i que en els darrers anys sembla haver-hi una estabilització de les taxes seguint el mateix patró observat a Catalunya i en altres països europeus i que se ha relacionat amb una disminució de la prevalença del tabaquisme en aquest sexe. Les taxes han estat molt més baixes i estables en les dones. Tendències similars a la de la població total s'han observat en el grup d'edat de 35 a 64 anys (figura 1.8) en cada sexe. Malgrat l'augment del consum de tabac en el sexe femení, a Barcelona encara no s'observa l'increment de mortalitat en dones joves detectat en altres països desenvolupats. En el grup de 65 anys i més, les taxes han tendit a augmentar tant en els homes com en les dones (figura 1.9).

Càncer de mama

El càncer de mama ha presentat taxes de mortalitat ajustades bastant estables, de prop de 20 morts per cada 100.000 dones, fins l'any 1995, per disminuir lleugerament els anys posteriors (figura 1.7). Aquestes tendències són similars per al grup de 35 a 64 anys (figura 1.8). En el grup de 65 anys i més, la tendència és a l'augment (figura 1.9). Aquest patró evolutiu cap a la disminució de la mortalitat per càncer de mama també s'ha ob-

Figura 1.3. Principals causes de mortalitat per càncer segons grup d'edat. Homes, Barcelona, 1999.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

servat en el total de la població de Catalunya i s'atribueix més a millores en les tècniques diagnòstiques i terapèutiques, que no pas a l'efecte dels programes de cribratge, atès que la implantació d'aquests és relativament recent.

Càncer de còlon i recte

En els homes, la mortalitat per càncer de còlon i recte ha augmentat des de taxes de 15,7 per cada 100.000 habitants l'any 1983 a 21,9 l'any 1999, mentre que en les dones l'augment ha estat menor (de 10,6 a 12,2) (figura 1.7). Aquesta mortalitat ha augmentat també en les taxes per grups d'edat (figures 1.8 i 1.9), i és més marcada en el homes que no en les dones

Càncer d'estómac

La mortalitat per càncer d'estómac ha disminuït de manera important tant en homes com en dones al llarg del període. En els homes, s'ha passat de taxes de 14,0 per cada 100.000 a taxes de 7,9. I en les dones s'ha passat de taxes de 6,9 a 4,3. Aquest descens afecta tots dos grups d'edat (35-64 anys i 65 i més anys) i s'ha relacionat amb millores en la dieta i concretament en la conservació d'aliments (figures 1.7-1.9).

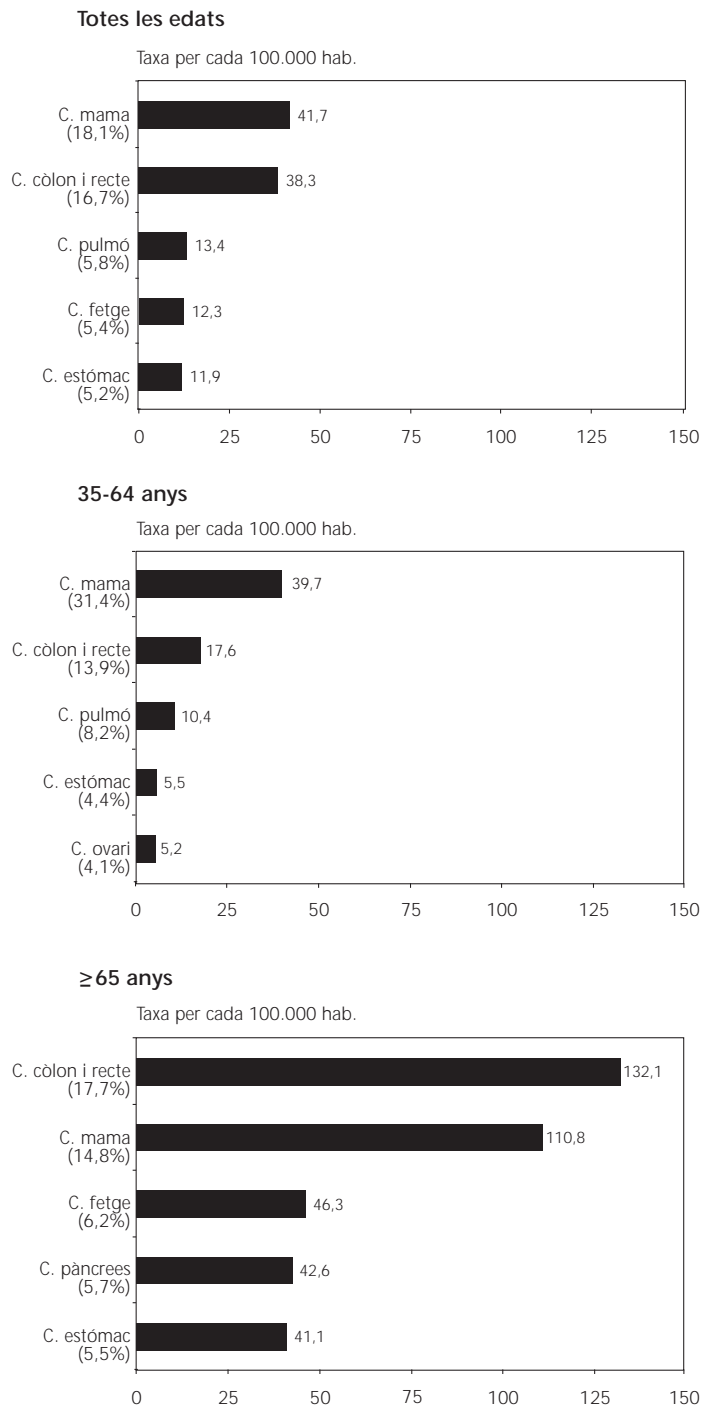
Càncer de pròstata

La mortalitat per càncer de pròstata ha augmentat sobretot en els homes de 65 anys i més, havent passat les taxes de 146,8 per cada 100.000 a 207,5. En el grup de 35 a 64 anys, les taxes han tendit a disminuir, sobretot a partir del 1996 (figures 1.8 i 1.9). Aquest augment s'observa a la majoria de països europeus i s'ha relacionat amb millores en les tècniques de diagnòstic i amb la detecció oportunista.

Altres càncers

En relació amb altres localitzacions tumorals menys freqüents però que han presentat increments de mortalitat importants, cal assenyalar l'augment dels càncers de cavitat oral i faringe i de ronyó tant en els homes com en les dones; del càncer de pàncrees i el limfoma no hodgkinià en els homes, i del càncer d'encèfal en les dones. Al contrari que en el total de la població de Catalunya, no s'observa un increment del melanoma (taules 1.1-1.6). Aquests increments

Figura 1.4. Principals causes de mortalitat per càncer segons grup d'edat. Dones, Barcelona, 1999.



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

s'han relacionat amb el tabaquisme, com és el cas del càncer de cavitat oral i faringe; amb millores en les tècniques de diagnòstic pel que fa als càncers de pàncrees i d'encèfal; i amb la sida, com és el cas de l'increment dels limfomes no hodgkinians. Per grups d'edat es pot apreciar que l'increment dels limfomes no hodgkinians afecta fonamentalment els homes joves, mentre que tumors com els de pàncrees i d'encèfal afecten les edats avançades dels dos sexes. Cal destacar l'increment de la mortalitat per càncer d'ovari en les dones d'edat avançades, també observat en altres països del nostre entorn i que s'ha relacionat amb les millores en les tècniques de diagnòstic.

1.3. Comparació de la mortalitat per càncer amb alguns països de la Unió Europea

En aquest apartat es comparen les taxes de mortalitat per càncer a Barcelona i en alguns països de la Unió Europea i Catalunya. A les taules 1.7 i 1.8 es presenten les taxes observades l'any 1983 i al final dels noranta. Totes les taxes estan ajustades per edat, essent la població de referència la població mundial.

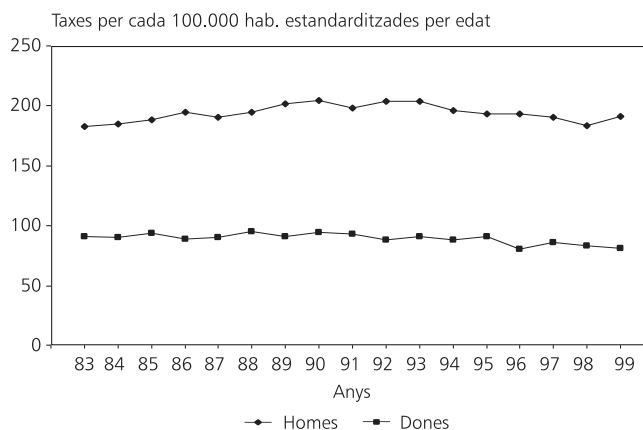
La mortalitat global per càncer

En els homes, a la majoria de països amb què s'ha comparat s'observa que la mortalitat global per càncer ha disminuït. Només s'observa un augment entre l'inici i el final del període estudiat a Espanya, Catalunya i Barcelona, tot i que, com s'ha assenyalat anteriorment, tant a Catalunya com a Barcelona s'observa una estabilització de la mortalitat en els darrers anys. Al final dels anys noranta, les taxes en els homes de Barcelona són més altes que les dels altres països. En les dones, hi ha una disminució en tots els països i també a Barcelona, essent les nostres taxes equivalents a les del països del sud d'Europa i més baixes que les del nord del continent (figura 1.10).

Càncer de pulmó

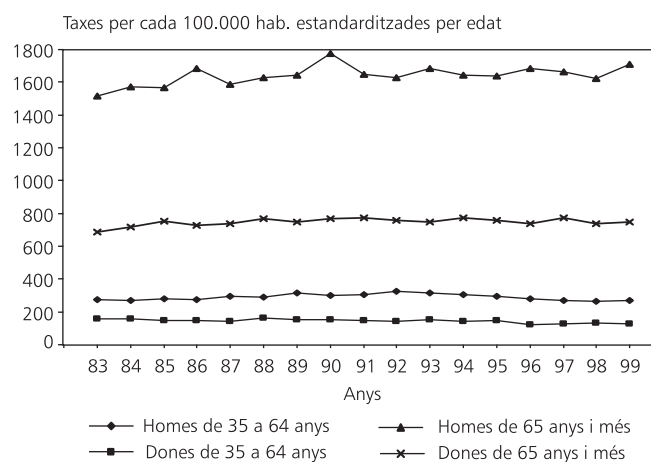
Als països del nord d'Europa, que partien de taxes elevades a l'inici del període estudiat, s'ha observat una disminució considerable de la mortalitat per càncer de pulmó en els homes, mentre que als països del sud, que partien de taxes més

Figura 1.5. Evolució de la mortalitat per càncer segons sexe. Barcelona, 1983-1999.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 1.6. Evolució de la mortalitat per càncer segons grup d'edat i sexe. Barcelona, 1983-1999



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 1.7. Evolució de la mortalitat pels principals càncers segons sexe. Barcelona, 1983-1999

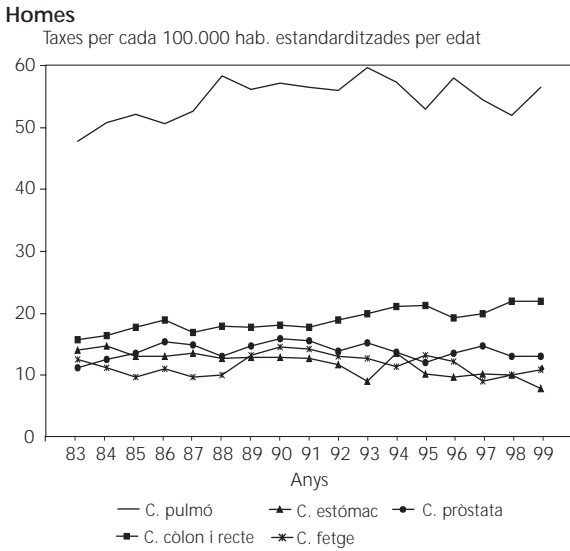
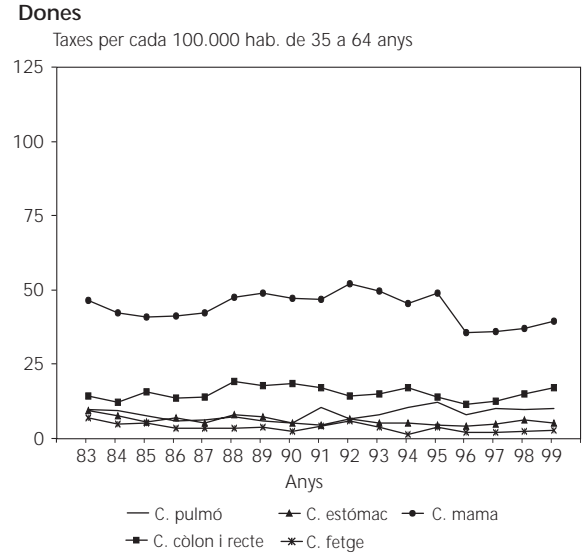
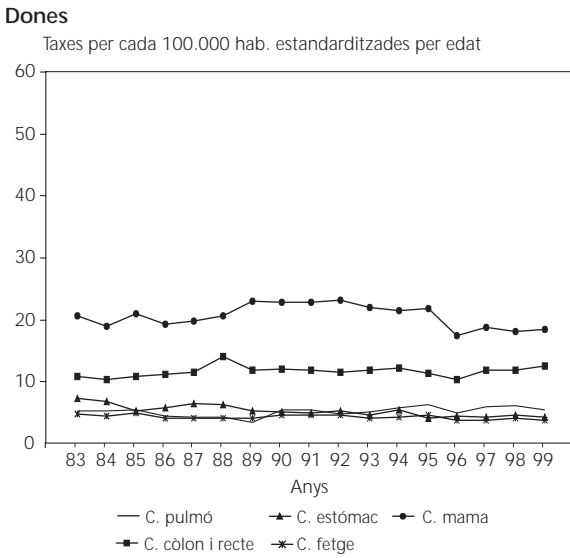
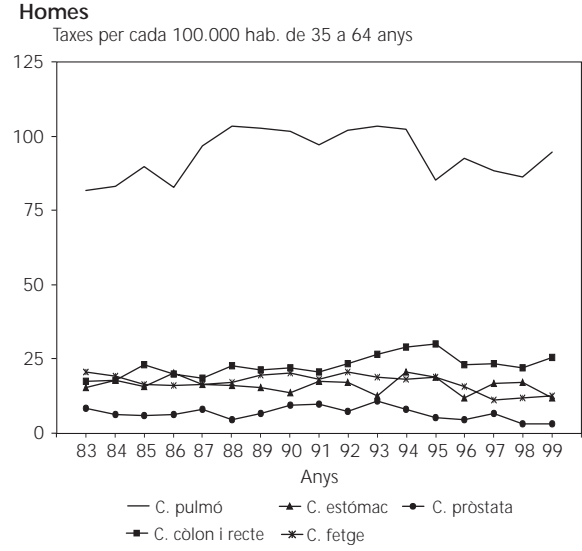


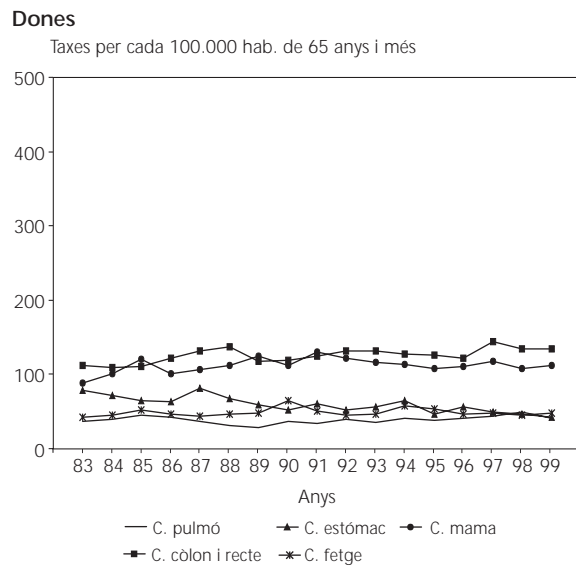
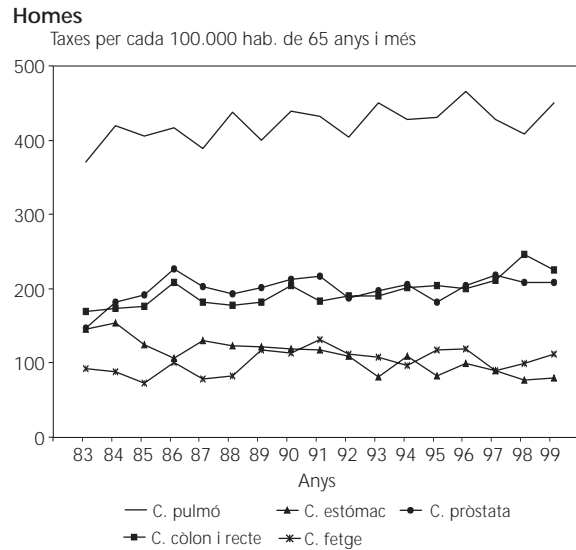
Figura 1.8. Evolució de la mortalitat pels principals càncers segons sexe. Homes i dones de 35 a 64 anys, Barcelona, 1983-1999



Font: Registre de mortalitat, IMSP

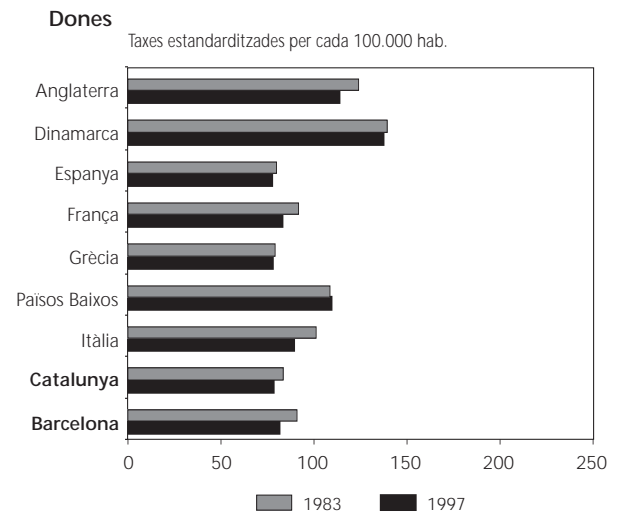
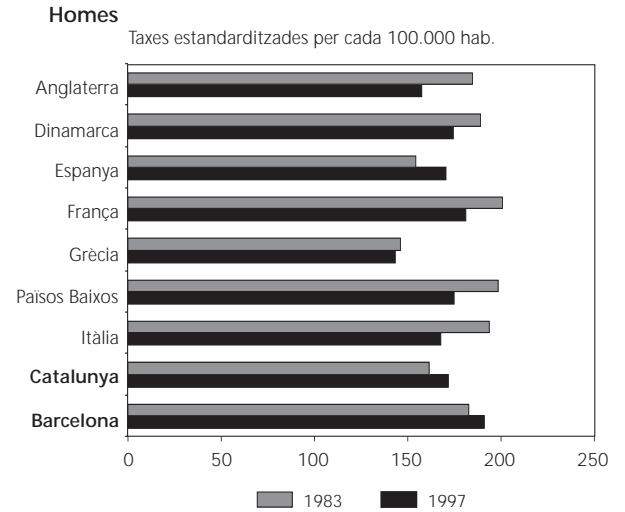
Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 1.9. Evolució de la mortalitat pels principals càncers segons sexe. Homes i dones de 65 anys i més, Barcelona, 1983-1999



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 1.10. Mortalitat per càncer en alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona segons sexe. Anys 1983 i 1997



A Catalunya i Barcelona, la segona taxa es refereix a 1997-1998 i 1998, respectivament.

Font: Organització Mundial de la Salut, FERNÁNDEZ et al., 2001, i Registre de mortalitat, IMSP.

baixes, s'hi ha observat un increment (a excepció d'Itàlia). L'augment a Barcelona fa que les taxes de l'any 1999 siguin de les més altes dels països comparats. En les dones de Barcelona i del sud d'Europa, les taxes són inferiors i tendeixen a mantenir-se estables en relació amb els països del nord, on s'observa un increment de la mortalitat per aquest càncer (figura 1.11). Aquestes dades probablement reflecteixen la darrera incorporació de les dones al consum de tabac als països del sud d'Europa.

Càncer de mama

A la majoria de països comparats, la mortalitat per càncer de mama tendeix a disminuir, menys a Espanya i Dinamarca, on ha augmentat. Les taxes de Barcelona són similars a les d'altres Estats del sud d'Europa (com ara França i Itàlia) i inferiors a les dels països del nord (figura 1.12). Com s'ha assenyalat, aquesta disminució s'ha relacionat amb millores en les tècniques diagnòstiques i terapèutiques, i en altres països, a l'efecte dels programes de cribratge.

Altres càncers

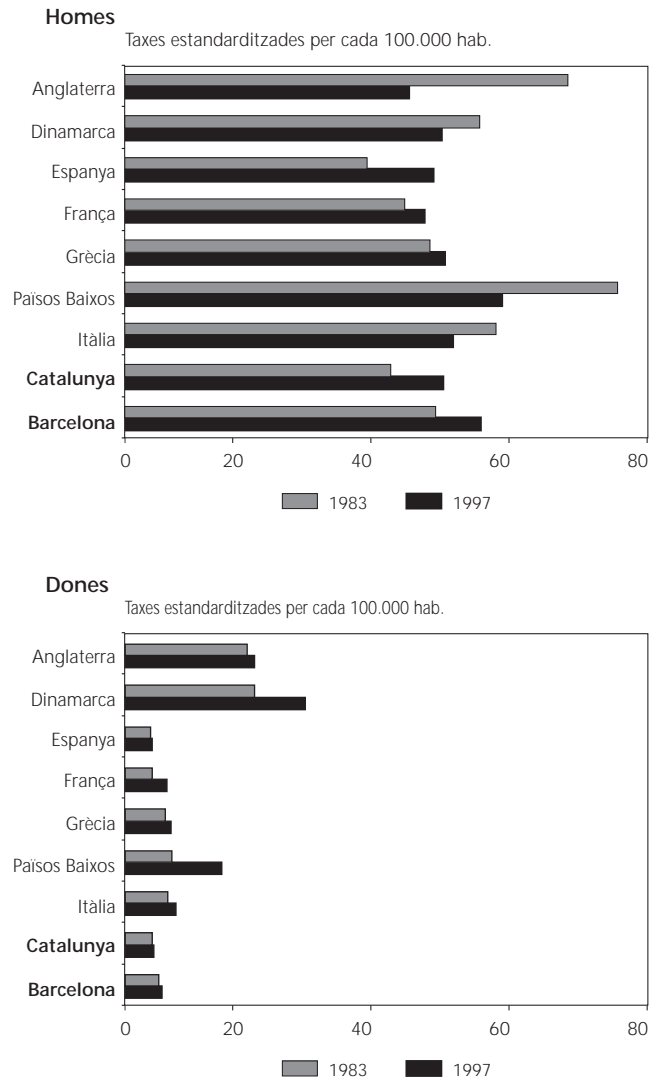
En relació amb altres tumors relacionats amb el tabac, en els homes, la mortalitat per càncer de la cavitat oral ha disminuït a la majoria de països menys a Espanya, Catalunya i Barcelona, on ha augmentat. Com a conseqüència d'això, l'any 1998 les taxes a Barcelona són altes. Tot i la disminució de la mortalitat per càncer de laringe en els homes a Barcelona, al final dels anys noranta encara tenim taxes més elevades que les dels països del nord, i similars a les del sud.

La mortalitat per càncer d'estómac ha disminuït a la majoria de països i també a Barcelona. De tota manera, l'any 1998 tenim taxes més altes que les dels països del nord d'Europa, tant en homes com en dones.

La mortalitat per càncer de pàncrees disminueix a la majoria de països del nord i augmenta als del sud i també a Barcelona, de manera que l'any 1998 la mortalitat dels homes de Barcelona és més elevada.

El càncer de pròstata augmenta a la majoria de països i també a Barcelona, que presenta taxes de mortalitat inferiors a les de països com Dinamarca i els Països Baixos, i similars a les d'Estats del sud del continent com Itàlia o Espanya.

Figura 1.11. Mortalitat per càncer de pulmó en alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona segons sexe. Anys 1983 i 1997

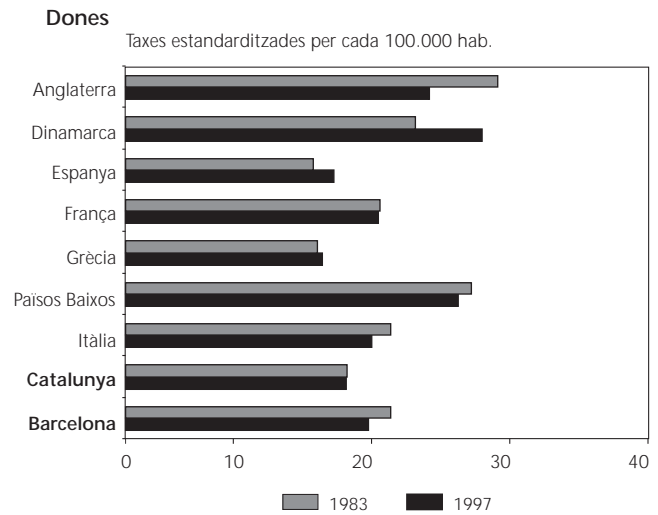


A Catalunya i Barcelona, la segona taxa es refereix a 1997-1998 i 1998, respectivament.

Font: Organització Mundial de la Salut, FERNÁNDEZ et al., 2001, i Registre de mortalitat, IMSP

Com a conclusió, a Barcelona s'observa un increment de la mortalitat global per càncer que s'estabilitza en els darrers anys en els homes i que es més marcat en les edats avançades. Les dones presenten taxes inferiors i amb una tendència estable. En relació amb els principals tumors, cal assenyalar l'increment amb una tendència a l'estabilització en els darrers anys en el càncer de pulmó en els homes i en el de mama en les dones, l'increment del de còlon i recte, la disminució del d'estómac en els dos sexes, i l'increment del de pròstata en els homes.

Figura 1.12. Mortalitat per càncer de mama en alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona segons sexe. Anys 1983 i 1997



A Catalunya i Barcelona, la segona taxa es refereix a 1997-1998 i al 1998, respectivament.

Font: Organització Mundial de la Salut, FERNÁNDEZ et al., 2001, i Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.1. Mortalitat per càncer en homes. Taxes per cada 100.000 habitants estandarditzades per edats segons la població mundial. Barcelona, 1983-1999

Càncer (codis CIM-9)	Any																	Raó × 100 1999/1983
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Cavitat oral i faringe (140-149)	5,66	5,61	6,68	7,54	6,78	7,07	6,26	7,63	7,60	8,95	9,31	8,12	6,80	8,08	8,03	8,49	7,91	139,8
Esòfag (150)	6,25	5,56	5,51	6,27	5,66	5,60	6,91	6,62	6,58	6,85	6,34	5,36	6,68	5,91	5,50	5,50	5,97	95,5
Estómac (151)	14,00	14,73	12,96	13,02	13,53	12,73	12,94	12,91	12,68	11,70	9,02	13,59	10,16	9,84	10,33	10,01	7,95	56,8
Còlon i recte (153, 154, 159,0)	15,72	16,47	17,70	18,94	16,91	17,96	17,68	18,10	17,77	18,90	20,03	21,11	21,31	19,27	20,05	21,96	21,87	139,1
Fetge (155)	12,50	11,27	9,73	10,99	9,72	10,08	13,19	14,56	14,28	13,00	12,69	11,40	13,23	12,34	9,05	10,08	10,88	87,0
Bufeta billiar (156)	1,62	1,69	2,04	2,04	2,82	2,00	2,10	1,45	1,41	1,81	1,50	1,35	1,45	1,61	1,36	1,82	1,35	83,3
Pàncrees (157)	5,93	6,08	5,75	5,75	6,34	6,53	6,60	6,64	6,54	7,72	5,68	6,13	7,82	7,57	8,23	8,27	7,60	128,2
Laringe (161)	8,08	6,82	7,94	7,74	6,97	7,52	7,66	6,65	6,59	6,55	6,71	4,95	6,63	6,53	5,50	4,55	4,74	58,7
Pulmó (162)	47,78	50,83	52,19	50,60	52,66	58,40	56,13	57,15	56,37	56,02	59,67	57,38	52,98	58,03	54,47	51,94	56,50	118,3
Melanoma (172)	1,52	0,88	1,00	0,96	1,91	1,16	1,36	1,58	1,57	2,42	0,99	1,27	1,96	1,50	0,49	1,84	1,33	87,5
Pròstata (185)	11,20	12,50	13,59	15,36	14,92	13,11	14,81	15,96	15,59	13,87	15,23	13,76	12,01	13,53	14,68	13,07	13,14	117,3
Bufeta urinària (188)	9,86	10,26	9,71	11,28	9,99	10,56	8,37	9,83	9,63	10,29	12,39	11,74	8,66	9,22	10,86	8,04	8,81	89,4
Ronyó (189)	2,31	2,92	2,69	2,90	2,19	4,35	4,55	2,65	2,61	4,29	3,39	3,99	2,81	4,19	2,99	3,22	3,66	158,4
Encèfal (191, 192)	4,33	3,70	4,71	3,66	4,53	3,50	4,51	3,59	3,59	5,20	4,15	4,06	4,34	3,82	5,93	5,86	4,46	103,0
Tiroides (193)	0,47	0,00	0,09	0,15	0,60	0,20	0,12	0,36	0,35	0,08	0,37	0,32	0,30	0,11	0,11	0,28	0,34	72,3
Limfoma de Hodgkin (201)	1,28	1,70	1,07	1,25	1,19	0,68	0,86	0,66	0,66	0,63	0,58	0,76	0,50	0,54	1,11	0,40	0,84	65,6
Limfoma no hodgkinià (200, 202)	2,38	3,33	3,18	2,84	3,40	3,75	4,61	5,24	5,21	4,27	5,30	4,12	4,70	5,27	5,16	4,75	5,24	220,2
Mieloma (203)	2,32	2,00	1,99	1,30	2,12	1,66	1,65	1,96	1,92	1,90	1,73	1,97	2,49	1,76	1,58	2,07	2,08	89,7
Leucèmies (204-208)	6,36	5,78	5,46	6,38	5,00	4,86	6,52	4,49	4,45	4,81	6,39	4,88	6,13	5,32	5,85	4,74	5,47	86,0
Total	182,84	184,62	188,07	194,40	190,29	194,43	201,77	204,61	198,23	203,75	203,47	195,89	193,22	193,17	190,61	183,71	190,87	104,4

CIM-9: Classificació Internacional de Malalties, novena revisió.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.2. Mortalitat per càncer en dones. Taxes per cada 100.000 habitants estandarditzades per edats segons la població mundial. Barcelona, 1983-1999

Càncer (codis CIM-9)	Any																	Raó x 100 1999/1983
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Cavitat oral i faringe (140-149)	0,93	1,05	1,59	0,74	1,05	1,06	0,91	1,17	1,16	1,08	0,86	0,90	0,90	1,32	1,13	1,15	1,32	141,9
Esòfag (150)	0,92	0,92	0,50	0,30	0,61	0,69	0,67	0,97	0,96	0,36	0,80	0,80	0,74	0,71	0,36	0,67	0,52	56,5
Estómac (151)	6,98	6,63	5,13	5,50	6,23	6,04	5,08	4,80	4,73	5,01	4,45	5,23	3,95	4,20	4,15	4,28	4,05	58,0
Còlon i recte (153, 154, 159,0)	10,65	9,89	10,61	10,86	11,31	13,77	11,56	11,67	11,53	11,17	11,61	11,89	11,00	10,09	11,52	11,59	12,26	115,1
Fetge (155)	4,53	4,23	4,71	3,91	3,78	3,89	3,93	4,36	4,29	4,44	3,91	4,09	4,40	3,58	3,63	3,81	3,52	77,7
Bufeta biliar (156)	2,03	2,35	2,12	1,66	2,00	2,53	2,42	2,33	2,29	1,57	1,57	2,21	1,94	1,64	1,97	0,93	1,07	52,7
Pàncrees (157)	3,65	3,21	3,48	3,61	3,03	3,91	3,57	3,34	3,30	3,49	3,63	3,27	3,95	3,67	3,61	3,42	3,57	97,8
Laringe (161)	0,33	0,31	0,17	0,21	0,17	0,11	0,34	0,18	0,18	0,31	0,03	0,24	0,26	0,24	0,04	0,09	0,22	66,7
Pulmó (162)	5,11	5,09	5,17	4,21	4,05	4,15	3,18	5,18	5,17	4,60	4,83	5,48	5,96	4,69	5,71	5,83	5,21	102,0
Melanoma (172)	1,11	0,95	0,18	0,47	0,89	0,92	1,26	0,34	0,34	0,68	0,58	0,88	1,42	0,58	0,93	0,92	0,88	79,3
Mama (174)	20,22	18,65	20,65	18,97	19,38	20,23	22,57	22,47	22,38	22,78	21,63	21,17	21,50	17,12	18,49	17,70	18,08	89,4
Úter no espec. (179)	3,15	3,00	3,44	3,09	3,09	2,25	2,17	1,28	1,26	1,83	1,42	1,47	0,85	0,95	0,55	1,16	1,17	37,1
Coll d'úter (180)	2,03	2,10	2,50	2,38	2,19	2,44	1,92	1,90	1,89	2,72	1,78	1,59	2,80	1,71	2,22	2,21	1,53	75,4
Cos d'úter (182)	1,05	1,50	1,60	1,31	1,00	1,17	1,76	1,17	1,16	1,51	1,45	1,41	1,54	1,84	1,55	2,28	1,17	111,4
Ovari (183)	3,25	4,69	4,90	4,48	3,66	3,86	5,05	5,72	5,71	3,46	4,79	4,80	4,75	4,90	4,38	4,78	3,40	104,6
Bufeta urinària (188)	1,37	1,34	1,65	1,40	1,31	1,01	1,36	1,60	1,58	1,42	1,06	1,13	1,25	1,10	1,73	0,82	1,10	80,3
Ronyó (189)	1,54	1,40	1,04	0,94	0,72	1,01	1,38	1,24	1,23	1,04	1,22	1,01	1,64	1,59	1,25	0,75	1,78	115,6
Encèfal (191, 192)	2,41	2,26	2,63	2,67	2,81	3,08	2,85	2,77	2,77	2,19	3,36	2,65	2,68	2,78	3,81	2,54	2,89	119,9
Tiroides (193)	0,42	0,58	0,48	0,56	0,41	0,27	0,35	0,31	0,30	0,50	0,40	0,31	0,26	0,29	0,38	0,11	0,28	66,7
Linfoma de Hodgkin (201)	0,34	0,89	0,82	0,35	0,45	0,41	0,18	0,21	0,20	0,29	0,19	0,32	0,03	0,48	0,41	0,18	0,58	170,6
Linfoma no hodgkinià (200,202)	2,35	1,92	1,81	2,42	3,29	2,65	2,85	2,24	2,22	2,16	3,43	2,59	3,01	2,88	3,08	2,65	2,35	100,0
Mieloma (203)	0,74	1,83	1,05	1,27	1,32	1,17	0,59	1,07	1,05	1,58	1,97	1,40	1,51	0,99	2,03	1,78	1,71	231,1
Leucèmies (204-208)	3,61	3,06	5,30	3,78	4,38	5,02	3,13	3,49	3,50	3,17	4,19	3,18	3,70	3,19	2,50	2,34	3,16	87,5
Total	91,07	90,16	93,98	89,07	90,01	95,27	91,33	94,39	93,23	88,09	90,71	88,56	90,83	80,48	86,12	83,17	81,18	89,1

CIM-9: Classificació Internacional de Malalties, novena revisió.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.3. Mortalitat per càncer en homes de 35 a 64 anys. Taxes per cada 100.000 habitants. Barcelona, 1983-1999

Càncer (codis CIM-9)	Any																	Raó × 100 1999/1983
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Cavitat oral i faringe (140-149)	11,72	14,39	13,24	18,25	15,44	14,56	14,66	15,76	19,92	22,99	25,79	19,12	18,69	21,17	17,52	22,99	19,34	165,0
Esòfag (150)	14,25	12,15	11,63	14,34	11,82	12,24	17,32	13,08	16,54	17,84	16,38	11,68	15,46	12,77	12,77	12,04	12,41	87,1
Estómac (151)	15,20	17,91	15,83	20,21	16,42	15,88	15,32	13,75	17,56	17,15	12,55	20,53	18,69	12,04	16,79	17,15	11,68	76,8
Còlon i recte (153, 154, 159,0)	17,42	17,91	22,93	19,88	18,39	22,83	21,32	22,14	20,60	23,33	26,49	29,03	30,19	22,99	23,35	21,90	25,54	146,6
Fetge (155)	20,58	19,19	16,47	15,97	16,42	17,20	19,66	20,13	18,23	20,58	18,82	18,05	19,05	15,69	11,31	12,04	12,41	60,3
Bufeta biliar (156)	1,90	2,88	1,94	3,26	3,61	2,32	1,67	1,34	1,35	2,40	1,74	1,42	1,08	1,46	0,36	1,46	0,73	38,4
Pàncrees (157)	9,18	9,92	9,37	8,80	10,18	10,26	13,66	12,41	12,49	13,04	8,36	10,27	12,58	10,95	10,58	15,33	9,12	99,3
Laringe (161)	19,63	13,43	16,79	16,95	17,08	14,89	18,32	12,41	13,84	14,75	13,94	10,62	15,46	15,69	12,04	10,22	8,76	44,6
Pulmó (162)	81,71	83,16	89,78	82,80	96,56	103,55	102,61	101,63	97,24	101,89	103,51	102,30	85,19	92,69	88,31	86,12	94,51	115,7
Melanoma (172)	2,85	1,92	2,58	1,30	3,94	1,65	2,00	1,34	3,04	4,12	2,09	3,19	3,59	2,92	0,00	3,28	1,46	51,2
Pròstata (185)	8,55	6,40	5,81	6,19	7,88	4,63	6,66	9,39	9,79	7,20	10,80	8,14	5,39	4,38	6,57	3,28	3,28	38,4
Bufeta urinària (188)	10,13	11,20	9,69	12,39	11,50	10,26	10,33	9,39	9,45	12,69	13,59	11,33	8,99	8,76	13,50	8,39	9,49	93,7
Ronyó (189)	4,12	3,52	3,88	4,89	4,27	6,62	6,00	4,03	3,38	6,86	4,88	4,60	3,95	7,66	5,11	5,47	5,11	124,0
Encèfal (191, 192)	8,55	5,76	9,37	5,22	9,20	6,62	8,33	7,04	7,43	8,23	8,02	9,20	5,39	6,93	9,85	8,76	6,93	81,1
Tiroides (193)	0,32	0,00	0,32	0,33	0,99	0,00	0,00	1,01	0,34	0,34	0,70	0,71	0,00	0,00	0,00	0,36	0,36	112,5
Limfoma de Hodgkin (201)	1,90	4,16	1,29	1,63	1,64	0,99	1,33	1,34	0,68	0,34	0,70	1,06	1,08	1,09	1,82	0,73	1,82	95,8
Limfoma no hodgkinià (200, 202)	3,48	5,44	4,20	4,89	4,60	5,62	8,00	6,04	9,45	6,86	6,97	6,37	7,55	8,39	9,12	6,93	9,12	262,1
Mieloma (203)	3,17	1,92	3,23	0,98	2,30	3,31	1,67	3,69	3,04	2,40	2,09	3,19	2,88	2,19	1,46	1,82	2,55	80,4
Leucèmies (204-208)	4,75	7,04	7,11	7,17	7,88	6,29	8,66	7,71	6,08	5,49	7,32	7,08	5,75	4,74	6,57	6,20	4,74	99,8
Total	272,04	271,88	280,98	275,45	296,57	291,78	314,49	297,52	307,24	325,58	315,42	304,43	295,11	278,43	271,50	263,47	268,21	98,6

CIM-9: Classificació Internacional de Malalties, novena revisió.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.4. Mortalitat per càncer en dones de 35 a 64 anys. Taxes per cada 100.000 habitants. Barcelona, 1983-1999

Càncer (codis CIM-9)	Any																Raó x 100 1999/1983	
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998		1999
Cavitat oral i faringe (140-149)	1,99	2,01	3,48	1,17	2,07	1,79	1,20	3,32	3,04	2,47	1,88	1,27	1,93	2,60	1,95	1,95	1,63	81,9
Esòfag (150)	0,57	2,30	0,87	0,29	0,89	0,89	1,50	0,91	1,82	0,31	2,50	1,27	0,96	1,30	0,33	1,30	0,98	171,9
Estómac (151)	9,94	8,04	5,80	7,32	5,61	8,33	7,79	5,74	4,86	7,09	5,63	5,70	4,82	4,55	5,20	6,83	5,53	55,6
Còlon i recte (153, 154, 159,0)	14,76	12,63	15,95	14,06	14,18	19,64	17,99	19,02	17,33	14,49	15,32	17,43	14,45	11,71	13,01	15,29	17,56	119,0
Fetge (155)	7,38	5,17	5,51	3,81	3,84	3,87	4,20	2,72	4,56	6,17	4,06	1,58	4,17	2,60	2,28	2,93	3,25	44,0
Bufeta biliar (156)	2,27	3,44	2,61	1,76	1,18	2,08	2,70	1,81	1,52	1,54	1,25	2,53	1,93	2,28	2,93	0,33	0,33	14,5
Pàncrees (157)	4,26	3,44	5,80	5,27	4,13	4,76	4,80	5,74	3,34	4,93	4,69	4,12	6,42	5,53	2,93	4,23	4,23	99,3
Laringe (161)	0,57	0,57	0,00	0,59	0,00	0,00	0,60	0,00	0,30	0,31	0,00	0,32	0,96	0,65	0,00	0,33	0,33	57,9
Pulmó (162)	10,22	9,76	8,12	6,45	6,79	7,74	6,30	5,74	10,94	7,09	8,44	10,77	12,52	8,46	10,41	10,08	10,41	101,9
Melanoma (172)	2,27	1,72	0,58	0,29	1,48	1,79	2,40	1,81	0,30	0,92	0,94	1,58	2,89	0,33	2,28	2,28	1,63	71,8
Mama (174)	46,84	42,47	41,18	41,60	42,53	47,91	49,17	47,40	47,12	52,42	50,02	45,94	49,12	35,78	36,43	37,40	39,68	84,7
Úter no especificat (179)	6,53	4,88	5,80	4,98	5,91	2,98	3,30	3,02	1,22	3,70	2,50	2,53	1,28	1,30	0,98	1,95	1,95	29,9
Coll d'úter (180)	4,26	5,17	4,93	4,98	5,02	5,36	3,30	4,53	3,34	5,86	3,44	4,75	5,46	4,23	5,20	4,88	2,28	53,5
Cos d'úter (182)	2,27	3,44	2,32	3,52	2,07	2,08	3,30	3,02	1,22	2,47	1,88	1,58	1,93	1,95	2,28	3,25	1,30	57,3
Ovari (183)	7,66	12,91	10,73	10,25	7,68	7,44	9,59	12,38	13,68	5,86	9,38	9,51	8,99	10,73	9,43	10,73	5,20	67,9
Bufeta urinària (188)	1,70	1,15	1,74	2,05	1,48	0,89	0,60	0,91	1,52	0,92	0,63	0,63	0,96	0,65	1,30	0,00	0,98	57,6
Ronyó (189)	1,70	2,58	1,74	1,46	1,18	1,19	2,40	1,21	1,22	2,16	1,25	0,95	2,89	1,63	1,63	1,63	3,25	191,2
Encèfal (191, 192)	4,26	4,30	4,06	6,74	5,91	6,25	5,40	4,23	6,08	3,39	5,94	5,07	6,10	5,20	7,81	5,20	3,90	91,5
Tiroides (193)	1,14	1,72	0,87	1,17	0,89	0,30	0,30	0,30	0,30	0,92	0,94	0,63	0,64	0,00	0,33	0,00	0,00	0,0
Linfoma de Hodgkin (201)	0,85	2,58	0,87	0,88	0,89	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,33	0,33	38,8
Linfoma no hodgkinià (200, 202)	3,69	2,58	2,32	4,10	5,61	3,87	5,10	5,13	3,04	2,47	4,06	2,85	3,85	4,55	3,58	3,25	1,95	52,8
Mieloma (203)	0,57	2,87	1,74	1,76	2,07	1,49	0,90	1,81	1,22	1,54	2,81	1,90	2,25	1,30	4,23	2,28	1,63	286,0
Leucèmies (204-208)	3,97	2,87	6,09	5,57	6,50	8,33	3,00	3,93	3,95	3,08	4,69	3,49	3,21	2,60	2,28	2,93	5,85	147,4
Total	158,41	155,26	149,65	145,32	143,82	161,00	150,80	150,37	148,06	143,37	151,30	141,00	149,29	122,94	128,47	133,35	126,52	79,9

CIM-9: Classificació Internacional de Malalties, novena revisió.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.5. Mortalitat per càncer en homes de 65 anys i més. Taxes per cada 100.000 habitants. Barcelona, 1983-1999

Càncer (codis CIM-9)	Any																	Raó × 100 1999/1983
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Cavitat oral i faringe (140-149)	32,04	24,06	34,93	28,92	34,37	38,48	25,59	33,47	27,86	38,23	26,76	36,69	22,23	28,45	41,00	25,94	31,80	99,3
Esòfag (150)	32,04	29,29	31,76	31,06	30,21	31,39	30,51	36,34	26,93	25,49	26,76	30,57	34,20	31,80	27,61	32,63	35,14	109,7
Estómac (151)	144,71	153,77	123,85	106,03	130,20	123,55	122,04	118,57	117,02	109,23	81,16	109,18	82,09	98,73	88,69	76,98	79,49	54,9
Còlon i recte (153, 154, 159,0)	169,52	173,65	175,72	207,78	181,24	177,22	182,07	203,67	182,96	190,25	189,97	200,89	204,36	199,14	210,86	246,00	224,25	132,3
Fetge (155)	92,00	87,87	73,04	100,68	78,12	82,03	117,12	113,79	131,88	111,06	107,92	96,95	117,15	118,82	88,69	99,57	112,12	121,9
Bufeta biliar (156)	16,54	15,69	25,40	18,21	29,17	20,25	23,62	17,21	13,93	17,30	16,95	13,98	17,96	20,08	18,41	20,08	17,57	106,2
Pàncrees (157)	49,62	49,17	43,40	50,34	57,29	53,67	46,26	66,94	47,36	56,44	48,16	48,91	60,71	62,76	73,63	64,43	73,63	148,4
Laringe (161)	39,28	38,70	47,63	42,84	30,21	50,63	40,35	43,03	38,08	35,50	40,13	33,19	35,91	30,12	29,29	27,61	31,80	81,0
Pulmó (162)	370,05	419,47	405,42	415,57	388,52	436,46	399,57	437,95	430,92	403,26	449,50	427,12	430,11	464,39	427,57	408,33	449,33	121,4
Melanoma (172)	7,24	4,18	4,23	4,28	9,37	9,11	7,87	11,47	10,22	10,92	4,46	6,11	9,41	10,04	8,37	10,04	7,53	104,0
Pròstata (185)	146,78	180,97	191,59	225,99	203,11	193,42	200,77	212,28	216,39	186,61	197,10	205,26	181,28	204,16	218,39	208,35	207,51	141,4
Bufeta urinària (188)	103,37	107,75	109,03	123,17	108,33	121,52	88,58	124,31	111,45	107,41	136,45	127,52	99,19	107,10	114,63	92,04	101,25	97,9
Ronyó (189)	17,57	26,15	23,29	22,49	16,67	36,46	40,35	34,42	25,08	36,41	32,11	34,94	25,65	31,80	21,76	26,78	30,96	176,2
Encèfal (191, 192)	19,64	13,60	20,11	22,49	17,71	16,20	28,54	20,08	12,07	19,12	19,62	12,23	23,94	20,08	30,96	25,10	22,59	115,0
Tiroides (193)	5,17	0,00	0,00	1,07	5,21	2,03	1,97	2,87	2,79	0,00	2,68	0,00	4,28	1,67	1,67	2,51	3,35	64,8
Limfoma de Hodgkin (201)	3,10	4,18	5,29	5,36	5,21	2,03	3,94	0,96	0,93	3,64	1,78	3,49	3,42	1,67	6,69	2,51	4,18	134,8
Limfoma no hodgkinià (200, 202)	16,54	24,06	23,29	16,07	27,08	26,33	25,59	26,77	23,22	31,86	35,67	31,44	31,64	35,14	32,63	33,47	32,63	197,3
Mieloma (203)	17,57	23,01	14,82	18,21	22,92	13,16	16,73	24,86	17,65	19,12	16,05	17,47	25,65	16,73	18,41	23,43	21,76	123,8
Leucèmia (204-208)	58,92	32,43	32,81	33,20	28,12	25,32	36,41	43,03	37,15	32,77	56,19	39,31	48,74	41,84	40,16	43,51	41,84	71,0
Total	1514,32	1572,24	1567,68	1681,55	1586,38	1626,35	1640,62	1772,82	1645,68	1625,78	1682,94	1644,71	1638,33	1681,84	1662,59	1621,59	1706,94	1127

CIM-9: Classificació Internacional de Malalties, novena revisió.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.6. Mortalitat per càncer en dones de 65 anys i més. Taxes per cada 100.000 habitants. Barcelona, 1983-1999

Càncer (codis CIM-9)	Any																	Raó x 100 1999/1983
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Cavitat oral i faringe (140-149)	6,13	8,04	7,49	7,55	6,77	7,83	8,24	6,91	5,62	7,20	6,55	6,98	6,34	9,88	8,84	10,40	11,44	186,6
Esòfag (150)	11,64	6,80	4,37	4,40	6,16	8,43	5,89	5,75	6,75	4,43	2,73	8,59	8,46	7,28	5,72	5,72	4,68	40,2
Estómac (151)	76,60	70,48	62,38	61,67	79,40	66,22	57,69	50,64	59,05	50,41	54,54	62,82	44,92	54,60	47,32	45,24	41,08	53,6
Còlon i recte (153, 154, 159,0)	110,31	107,58	108,53	120,81	130,49	135,45	116,55	117,39	123,17	130,17	130,36	125,11	124,19	120,65	142,49	132,61	132,09	119,7
Fetge (155)	40,45	42,66	50,52	44,68	42,47	44,55	46,50	62,72	48,37	42,65	45,27	55,31	51,79	45,24	45,76	43,68	46,28	114,4
Bufeta biliar (156)	24,51	25,35	28,69	21,39	27,08	30,70	30,61	23,02	32,06	26,03	21,82	24,16	24,84	22,36	22,88	14,56	18,20	74,3
Pàncrees (157)	37,38	36,48	32,44	29,57	32,62	40,33	39,44	41,43	39,37	37,67	37,09	35,98	41,22	38,48	49,92	39,52	42,64	114,1
Laringe (161)	2,45	1,85	2,50	1,26	1,85	1,81	2,35	1,73	1,12	2,77	0,55	2,68	0,53	0,52	0,52	0,00	2,08	84,9
Pulmó (162)	35,54	38,33	43,04	40,27	34,47	29,50	26,49	35,10	32,62	38,22	33,82	39,20	36,47	39,00	41,60	47,32	39,52	111,2
Melanoma (172)	3,68	3,71	0,62	5,03	4,92	4,82	5,89	5,75	2,81	4,43	3,82	5,37	3,17	5,20	3,64	4,68	3,64	98,9
Mama (174)	87,02	99,54	118,51	98,79	104,64	110,77	122,43	109,91	128,23	120,20	115,09	112,22	106,75	108,68	116,49	106,60	110,77	127,3
Úter no especificat (179)	22,67	24,73	31,19	22,02	23,39	20,47	21,19	17,26	13,50	13,85	12,00	12,89	10,57	9,88	6,24	11,44	10,40	45,9
Coll d'úter (180)	10,42	8,66	12,48	11,96	9,23	10,84	9,42	13,23	10,69	12,19	9,27	4,30	13,74	6,76	8,84	11,44	10,92	104,8
Cos d'úter (182)	7,97	6,80	15,59	7,55	7,39	10,23	11,18	13,23	13,50	16,06	14,18	14,50	15,85	20,28	15,08	20,28	15,60	195,7
Ovari (183)	15,32	17,93	27,45	24,54	20,31	26,49	26,49	25,32	24,18	28,80	28,91	27,92	29,07	26,52	26,00	29,12	27,04	176,5
Bufeta urinària (188)	15,32	19,79	19,96	17,62	17,23	16,25	20,01	17,84	20,81	19,94	17,45	23,09	19,55	21,84	24,44	16,12	16,64	108,6
Ronyó (189)	14,10	11,13	9,36	10,07	6,77	8,43	9,42	13,81	11,25	7,75	10,91	11,28	16,38	10,40	10,92	6,24	9,88	70,1
Encèfal (191,192)	11,03	11,13	12,48	8,18	11,70	9,03	12,36	10,93	10,69	13,29	16,36	13,42	15,33	13,52	11,44	15,60	18,20	165,0
Tiroides (193)	2,45	2,47	4,37	3,15	3,08	3,01	4,12	4,60	3,37	3,88	3,82	2,15	2,11	4,68	2,60	2,60	4,68	191,0
Limfoma de Hodgkin (201)	1,23	0,00	3,74	2,52	0,00	0,60	1,18	1,15	2,25	2,22	2,73	1,07	0,53	4,16	2,60	2,08	5,20	422,8
Limfoma no hodgkinià (200, 202)	15,32	14,84	14,97	16,36	20,31	22,88	21,78	22,44	20,81	20,50	25,64	27,92	21,67	23,92	26,00	24,44	26,52	173,1
Mieloma (203)	9,19	16,69	9,36	14,47	11,08	14,45	6,47	10,36	14,06	17,73	19,09	15,57	15,33	10,40	14,04	18,72	19,24	209,4
Leucèmies (204-208)	17,16	21,64	23,08	19,51	24,01	28,29	24,13	21,87	21,93	27,70	28,91	25,24	27,48	31,72	25,48	24,44	25,48	148,5
Total	688,82	717,21	754,74	728,03	738,63	766,33	746,37	767,05	773,88	757,77	749,97	772,68	757,84	736,35	775,36	738,43	747,79	108,6

CIM-9: Classificació Internacional de Malalties, novena revisió.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.7. Mortalitat per càncer en homes. Taxes per cada 100.000 habitants estandarditzades per edats segons la població mundial. Alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona, 1983 i 1997

Càncer	Anglaterra		Dinamarca		Espanya		França		Grècia		Països Baixos		Itàlia		Catalunya		Barcelona		
	1983	1997	1983	1996	1983	1997	1983	1997	1983	1997	1983	1997	1983	1997	1983-84	1997-98	1983	1998	
Cavitat oral	3,0	2,8	3,4	4,7	4,7	7,0	15,90	10,5	1,9	2,0	2,3	2,7	6,6	4,9	5,8	6,9	5,6	8,5	
Esòfag	6,4	8,4	4,6	6,3	5,5	5,3	12,70	8,3	2,0	1,8	3,9	6,2	4,8	3,2	5,9	5,0	6,2	5,5	
Estómac	16,0	8,7	10,8	6,9	16,7	11,9	11,30	6,7	11,5	8,2	16,1	8,9	22,0	12,5	15,6	10,4	14,0	10,0	
Recte	8,7	6,2	10,3	8,1	4,5	4,6	6,26	4,3	0,9	1,0	5,8	4,3	6,2	4,7	14,1*	18,5*	15,7*	22,0*	
Pàncrees	7,8	6,4	9,5	7,2	4,4	6,1	7,17	7,4	5,6	6,2	9,0	6,7	6,7	7,2	5,2	6,5	5,9	8,3	
Laringe	1,6	1,5	2,6	2,4	7,5	6,3	10,00	4,7	3,9	3,1	1,7	1,7	6,9	3,8	6,8	5,2	8,1	4,5	
Pulmó	68,2	43,4	54,6	48,5	37,3	47,2	43,14	45,8	47,0	49,0	75,9	57,8	57,2	50,2	41,0	48,7	47,8	51,9	
Pròstata	13,0	15,9	18,3	19,8	12,4	13,8	15,96	15,2	7,8	9,4	16,3	18,4	11,3	10,9	13,0	14,2	11,2	13,1	
Tiroides	0,3	0,2	0,6	0,2	0,2	0,3	0,39	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5	0,4	0,2	0,3	0,5	0,3	
Limfoma																			
de Hodgkin	1,0	0,4	1,3	0,8	0,9	0,6	0,80	0,4	1,1	1,3	1,0	0,4	1,5	0,5	1,2	0,9	1,3	0,4	
Leucèmia	5,4	4,6	7,7	5,3	5,4	4,9	6,90	5,5	6,5	5,5	5,9	4,7	6,8	6,0	5,9	4,9	6,4	4,7	
Total	184,7	157,4	189,1	174,4	154,4	170,3	200,68	181,1	145,9	143,4	198,4	174,9	193,8	167,7	161,5	171,8	182,8	190,9	

* A Catalunya i Barcelona, es refereix al càncer de còlon i recte.

Font: Organització Mundial de la Salut, FERNÁNDEZ et al., 2001, i Registre de mortalitat, IMSP

Taula 1.8. Mortalitat per càncer en dones. Taxes per cada 100.000 habitants estandarditzades per edats segons la població mundial. Alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona, 1983 i 1997

Càncer	Anglaterra		Dinamarca		Espanya		França		Grècia		Països Baixos		Itàlia		Catalunya		Barcelona		
	1983	1997	1983	1996	1983	1997	1983	1997	1983	1997	1983	1997	1983	1997	1983-84	1997-98	1983	1998	
Cavitat oral	1,2	1,2	1,5	1,7	0,5	0,9	1,2	1,2	0,5	0,5	0,8	1,1	1,0	0,9	0,7	0,8	0,9	1,1	
Esòfag	3,0	3,3	1,5	1,7	0,7	0,5	1,0	1,0	0,4	0,3	1,3	2,0	0,7	0,6	0,7	0,5	0,9	0,7	
Estómac	6,6	3,7	5,3	3,0	7,9	5,1	4,7	2,5	5,5	4,2	6,5	3,8	10,1	6,1	7,4	4,3	7,0	4,3	
Recte	4,9	3,2	6,0	4,7	2,7	2,4	3,2	2,2	6,2	0,8	3,3	2,4	3,5	2,7	10,3*	11,1*	10,6*	11,6*	
Pàncrees	4,9	4,6	7,4	6,1	2,6	3,4	3,4	4,1	2,7	3,6	5,1	5,7	3,8	4,7	3,0	3,3	3,6	3,4	
Laringe	0,3	0,3	0,4	0,5	0,1	0,1	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	
Pulmó	18,7	19,9	19,9	27,6	3,9	4,2	4,2	6,4	6,2	7,0	7,1	14,8	6,5	7,8	4,1	4,4	5,1	5,8	
Mama	28,4	23,2	22,1	27,2	14,3	15,9	19,4	19,3	14,6	15,0	26,4	25,4	20,2	18,8	16,9	16,8	20,2	17,7	
Coll d'úter	4,9	2,8	6,9	3,6	1,3	1,8	2,1	1,5	1,3	1,1	2,9	1,8	0,9	0,8	1,5	1,7	2,0	2,2	
Tiroides	0,4	0,2	0,6	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	0,7	0,4	0,6	0,3	0,8	0,5	0,4	0,4	0,4	0,1	
Limfoma																			de
Hodgkin	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5	0,2	0,6	0,7	0,5	0,4	0,8	0,3	0,6	0,3	0,3	0,2	
Leucèmia	3,4	3,1	4,7	3,5	3,4	3,1	4,2	3,3	4,6	3,4	3,8	2,8	4,6	3,6	3,4	3,2	3,6	2,3	
Total	124,0	113,5	139,5	136,9	80,1	77,0	91,9	82,8	79,3	77,4	108,6	108,6	101,1	89,0	83,4	78,0	91,1	81,2	

* A Catalunya i Barcelona, es refereix al càncer de còlon i recte.

Font: Organització Mundial de la Salut, FERNÁNDEZ et al., 2001, i Registre de mortalitat, IMSP.

1.4. Bibliografia

FERNÁNDEZ E, BORRÀS JM, LEVI F, SCHIAFFINO A, GARCÍA M, LA VECCHIA CL. Mortalidad por cáncer en España, 1955-1994. Med Clin (Barc) 2000; 114:449-451.

FERNÁNDEZ E, GONZÁLEZ JR, BORRÀS JM, SÁNCHEZ V, MORENO V, PERIS M (a). Evolución de la mortalidad por cáncer en Cataluña (1975-1998). Med Clin (Barc) 2001; 116:605-609.

FERNÁNDEZ E, GONZÁLEZ JR, BORRÀS JM, MORENO V, SÁNCHEZ V, PERIS M (b). Recent decline in cancer mortality in Catalonia (Spain). A join-point regression analysis. Eur J Cancer 2001; 37:2222-2228.

Institut Municipal de Salut Pública. Mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona, 1999. Barcelona: IMSP, Estadístiques de Salut., en premsa.

JENSEN OM, PARKIN DM, MACLENNAN R, MUIR CS, Skeet RG (eds.). Cancer Registration: principles and methods. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1991.

LEVI F, LUCCHINI F, NEGRI E, LA VECCHIA C. The decline in cancer mortality in the European Union, 1988-1996. European J Cancer 2000;36:1965-68.

OMS-The World Health Organization's Mortality Database.<http://www.ciesin.org/IC/who/mortality/database.htm>

CAPÍTOL 2

LA INCIDÈNCIA DEL CÀNCER

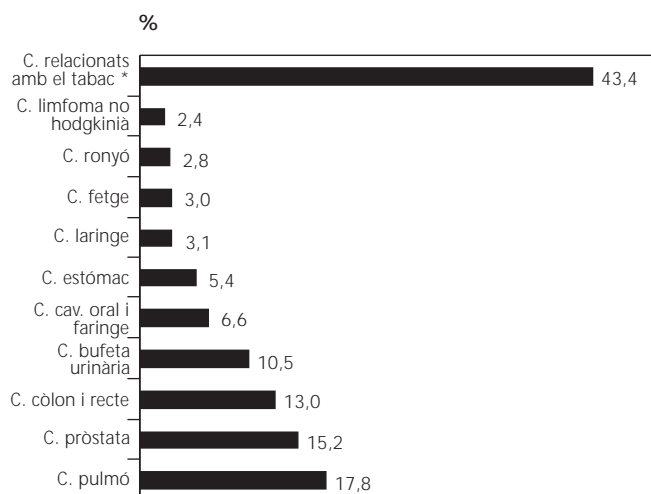
La incidència del càncer, és a dir, el nombre de casos nous de càncer que es diagnostiquen anualment en una població, és una dada de gran interès per conèixer l'impacte d'aquesta malaltia i per avaluar els recursos sanitaris necessaris en el marc de la planificació de l'atenció oncològica. La incidència del càncer en una població determinada només es pot conèixer amb precisió quan es disposa d'un registre poblacional de càncer que recull de manera sistemàtica tots els casos diagnosticats. A Catalunya, hi ha dos registres poblacionals: l'un, que abasta les regions sanitàries de Tarragona i Tortosa (BORRÀS et al., 1999) i que recull casos des del 1980, i l'altre, que cobreix Girona i que recull casos des del 1994 (VILADIU et al., 2000). Per estimar les dades d'incidència de la ciutat de Barcelona s'han utilitzat les dades del Registre de càncer de Tarragona, ja que disposa d'una sèrie temporal més llarga i permet el càlcul de les tendències de la incidència del càncer. Amb la finalitat de tenir en compte les diferències que hi pugui haver entre la situació epidemiològica de Tarragona i la de Barcelona ciutat, s'ha ajustat per a la mortalitat per càncer de Barcelona, per així fer una aproximació més acurada a la realitat de la ciutat.

En el present capítol es descriuen la freqüència dels principals tipus de càncer en els registres poblacionals i les seves tendències recents, i s'estima el nombre de casos nous de càncer a la ciutat de Barcelona; finalment, es comparen les dades catalanes amb les dels països de la Unió Europea. Les taxes dels registres de càncer es presenten en forma de taxa bruta, de taxa ajustada a la població estàndard mundial i de taxa truncada entre els 35 i els 64 anys, també ajustada a la població mundial. El nombre de casos incidents a Barcelona s'ha calculat per al total d'edats i específicament per als grups de 35 a 64 anys i de 65 anys i més.

2.1. La incidència del càncer

La freqüència del càncer presenta un perfil molt diferenciat segons el sexe. A les figures 2.1 i 2.2 es presenten les dades ponderades de la freqüència del càncer dels registres de Girona i Tarragona, corresponents als períodes 1994-1998 i 1996-1997, respectivament. El tumor més freqüent entre els homes (figura 1) és el de pulmó, amb un 17,8% del total, seguit pel de pròstata, amb un 15,2%, i el de còlon i recte, amb un 13,0%. Cal remarcar que el càncer de còlon i rec-

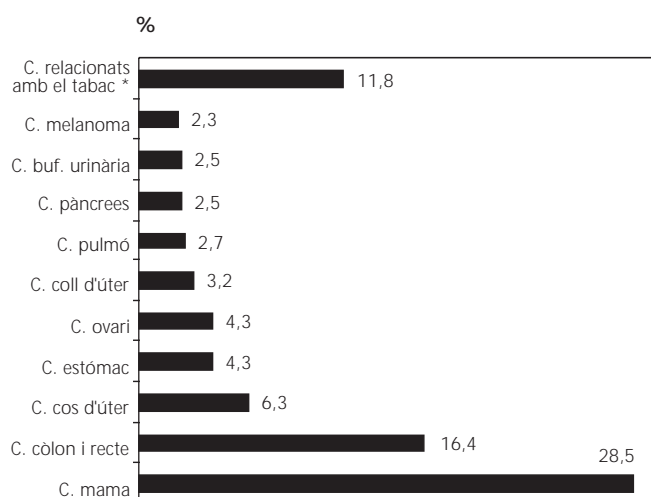
Figura 2.1. Els deu tumors més freqüents a Tarragona (1996-1997) i Girona (1994-1998). Homes



* Pulmó, laringe, cav. oral i faringe, esòfag, pàncrees, ronyó i bufeta urinària.

Font: Registre del Càncer de Tarragona, 1996-97; i Registre del Càncer de Girona, 1994-98.

Figura 2.2. Els deu tumors més freqüents a Tarragona (1996-1997) i Girona (1994-1998). Dones



* Pulmó, laringe, cav. oral i faringe, esòfag, pàncrees, ronyó i bufeta urinària.

Font: Registre del Càncer de Tarragona, 1996-97; i Registre del Càncer de Girona, 1994-98.

te fins al començament dels anys noranta ocupava la segona posició (BORRÀS et al., 1997) i que no és fins l'any 1995 que el càncer de pròstata el sobrepassa clarament, de manera similar al que ha succeït als diferents països europeus. En quart lloc, hi ha el càncer de bufeta urinària (10,5%). Cal remarcar que el conjunt de tumors relacionats amb el tabac (pulmó, bufeta urinària, esòfag, pàncrees, cavitat oral i faringe, laringe i ronyó) representen el 43,4% de tots els tumors. Els tumors més freqüents en les dones són el de mama, que representa el 28,5% de tots els tumors, seguit a una certa distància pel de còlon i recte, amb un 16,4%. Amb un pes relatiu força inferior, hi ha el càncer de cos uterí (6,3%), el d'estómac (4,3%) i el d'ovari, (4,3%). El predomini dels tumors relacionats amb l'aparell genital femení, juntament amb el de mama, és una característica molt notable del càncer en les dones, ja que expliquen el 43,9% de tots els tumors. En les dones, com a conseqüència de la difusió relativament recent de l'hàbit tabàquic, només l'11,8% dels tumors està relacionat amb el tabac. Tanmateix, cal tenir en compte que a hores d'ara el càncer de pulmó ja és el setè tumor en ordre de freqüència, i això que en el període 1988-1992 ocupava la catorzena posició.

Una altra informació complementària es presenta a les taules 2.1 i 2.2, amb les taxes d'incidència de Girona i Tarragona per als períodes 1994-1998 i 1996-1997 i per als principals tumors. En concret, es presenten les taxes brutes, les ajustades a la població mundial, les truncades per les edats compreses entre els 35 i els 64 anys, i les acumulades des del naixement fins als 74 anys. En aquest darrer cas, la taxa acumulada és una aproximació al risc de desenvolupar càncer per part d'una persona en algun moment abans de complir els 74 anys i s'expressa com a percentatge. Una altra manera d'expressar-la és amb el nombre de persones que calen perquè una d'elles desenvolupi un càncer.

Globalment, es pot observar que les dades de Girona i les de Tarragona no són diferents en la incidència del càncer. En tenir Girona una població més envellida, la taxa bruta de Girona és més elevada que la de Tarragona en els homes (taula 2.1), però la situació canvia quan s'ajusta per edat, tant per a totes les edats com per al grup de 35 a 64 anys. Un de cada tres homes desenvoluparan càncer abans dels 74 anys d'edat, i això dona una idea de la magnitud de l'impacte poblacional del càncer a Catalunya. D'acord amb les freqüències dels tumors, la taxa més elevada

correspon al càncer de pulmó, que desenvoluparà un de cada quinze homes. Seguit pels de pròstata i de còlon i recte, que desenvoluparan un de cada vint-i-tres homes. La diferència d'ordre en les taxes brutes (més elevades en el càncer de pròstata) respecte de les ajustades i truncades (més elevades en el càncer de còlon i recte), és deguda a l'elevada edat mitjana en el moment del diagnòstic del càncer de pròstata en comparació amb el de còlon i recte (74 anys i 68, respectivament). Una diferència destacable entre les dades de Girona i les de Tarragona és l'elevada incidència de càncer de bufeta urinària a Tarragona. La resta de tumors no presenten diferències significatives que puguin fer pensar que Tarragona no representa de manera raonable la situació epidemiològica del càncer a Catalunya.

A la taula 2.2 es presenten els resultats corresponents a les dones. Una de cada cinc dones desenvoluparan càncer abans dels 74 anys, la qual cosa representa un impacte no tan elevat d'aquesta malaltia en relació amb els homes. L'impacte dels tumors relacionats amb el tabac, molt superiors en freqüència en els homes, explica bona part d'aquesta diferència tan notable en el risc de desenvolupar un càncer. Una de cada catorze dones desenvoluparan un càncer de mama abans dels 74 anys, un risc inferior a l'observat a països com ara els Estats Units. Actualment, l'Estat amb més gran taxa d'incidència ajustada segons l'edat és el dels Països Baixos, amb una taxa de 90,9 ajustada a la població mundial. I el segon, el dels Estats Units, amb una taxa de 86,9. Taxes notablement superiors a les observades a Tarragona, de 63,5 casos per cada 100.000 habitants i any (PARKIN et al., 2001). El risc individual del segon tumor en importància, el càncer de còlon i recte, és d'una de cada trenta-tres dones. No hi ha diferències destacables en les taxes observades a Girona i a Tarragona, tot i la variació que poden presentar determinats tumors hematològics, probablement com a conseqüència de la variabilitat pròpia del baix nombre de casos anuals en cada registre.

2.2. Tendències recents dels principals tipus de càncer

Les tendències observades a Tarragona en el període 1980-1997 (figura 2.3) mostren un increment significatiu del 2,5% anual en els homes (interval de confiança del 95% entre el 2,4 i el 2,7%) per a totes les edats, mentre que per al grup de 35 a 64 anys és lleugerament superior, el 2,9% (2,7-3,1%). Els tumors relacionats amb el tabac creixen més que el conjunt de tumors, amb el 3,1% (2,8-3,3%); també en aquest cas l'augment és superior en els homes d'entre 35 i 64 anys, amb un percentatge del 3,2% (2,9-3,5%).

En el cas de les dones, la tendència també és d'un augment significatiu del 2,0% (1,9-2,2%) per a tots els grups d'edat, i també amb un creixement relatiu superior en el grup d'edat de 35-64 anys, del 2,4% (2,1-2,6%). Una dada indicativa del que poden representar els tumors relacionats amb el tabac en les dones en els propers anys és que en el període analitzat aug-

menten un 4,0% (3,5-4,6%) per a totes les edats, mentre que en el grup de 35-64 el creixement és de 6,3% (2,6-7,3%). Tot i tenir en compte que, com s'ha vist a la taula 2.2, la incidència actual és molt baixa en aquest grup de tumors, aquest creixement és significatiu i permet preveure un impacte més important en els propers anys. Un exemple d'aquesta tendència ascendent és que la taxa truncada de 35 a 64 anys al començament del període (anys 1980-1981) va ser de 10,7 per cada 100.000 habitants i any, mentre que en els anys 1996-1997 ja havia assolit la taxa de 32,6.

A la figura 2.4 es presenta la tendència anual dels principals tumors segons les taxes ajustades per edats. En aquest cas, es pot veure que el segon tumor és el càncer de còlon i recte, com a conseqüència de l'efecte de l'ajust utilitzant la població mundial (amb una estructura per edats jove) sobre la taxa del càncer de pròstata, que té una edat mitjana en el diagnòstic de 74 anys (i de 68 en el cas del càncer de còlon i recte). Destaca el creixement constant, tot i les fluctuacions anuals degudes al gran nombre de casos i a la molta grandària de la població de referència del registre de Tarragona. De la mateixa manera, amb l'excepció notable del càncer d'estómac –en el qual, com a tots els països desenvolupats, s'observa un descens de la incidència–, a la resta la tendència és de creixement. Cal destacar el salt important que es pot observar en el cas del càncer de pròstata a partir de l'any 1992 i coincidint amb la difusió de la prova de l'antigen prostàtic específic (conegut com a PSA). En el cas de les tendències corresponents a les dones (figura 2.5), es pot observar el creixement dels càncers de mama i de còlon i recte, mentre que el càncer de coll d'úter no creix de manera significativa i el de cos uterí creix de manera molt limitada.

La representació gràfica de les principals tendències es presenta separada segons sexe a les figures 2.6 i 2.7. Cal destacar que el tumor amb un més alt creixement percentual és el melanoma, que, tot i tenir una incidència molt baixa, ha crescut de notablement en els darrers anys i de manera similar a la dels països del nostre entorn (PARKIN et al., 2001). Probablement, aquest fet està relacionat amb l'exposició solar intermitent i intensa associada amb les vacances, que provoca cremades a la pell i que és un factor de risc en aquest tumor, sobretot quan passa en edat infantil. En segon lloc, hi ha un tumor tradicionalment associat amb el consum de tabac i alcohol, que és el de cavitat oral i faringe; el de còlon i

Figura 2.3. Tendència de la incidència del càncer a Tarragona, 1980-1997. Totes les localitzacions excepte pell

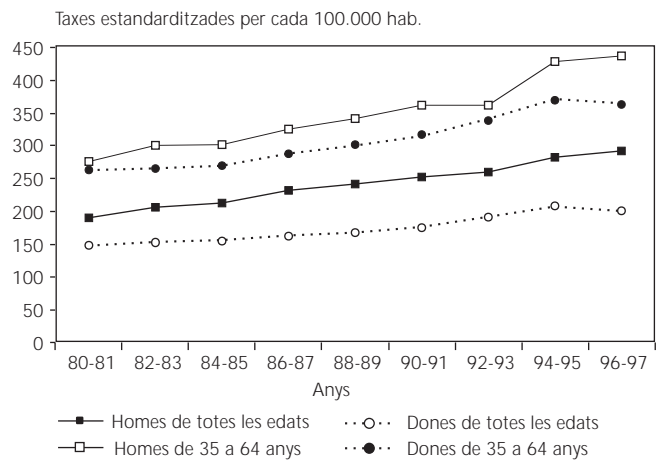


Figura 2.4. Tendència de la incidència del càncer a Tarragona, 1980-1997. Homes

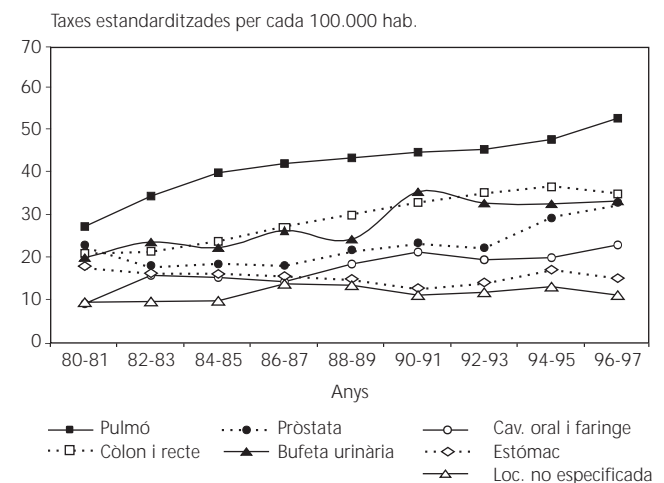
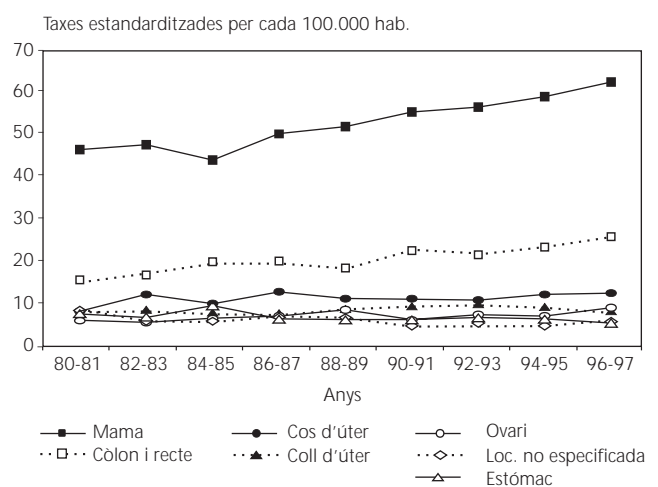


Figura 2.5. Tendència de la incidència del càncer a Tarragona, 1980-1997. Dones



recte, més relacionat amb la dieta i en certs casos amb l'herència familiar; i el de pròstata. En les dones (figura 2.7) s'observa el mateix fenomen que en els homes en el cas del melanoma, que és el primer tumor en creixement percentual, seguit a una distància considerable del càncer de pulmó, la qual cosa configura una imatge força diferent de la tradicional en les dones. Com s'ha dit, aquests tumors no són dels més importants en freqüència al nostre país, però la tendència que es dibuixa és preocupant. En la resta de tumors, el càncer de mama i d'ovari mostren creixements relatius similars, tot i tenir taxes d'incidència diferents; mentre que el càncer de coll uterí presenta una tendència no significativa. Finalment, en els dos sexes el càncer d'estómac mostra una tendència decreixent i significativa en un tumor que havia estat més important en freqüència al nostre país. Aquesta és una tendència similar a la que s'observa a la resta de països del nostre entorn socioeconòmic.

2.3. Projecció del nombre de casos nous de càncer a Barcelona

Amb la finalitat de disposar d'una aproximació a l'impacte del càncer a la ciutat, s'ha fet un exercici de projecció de la incidència observada i les tendències del registre de Tarragona a la ciutat de Barcelona, que ha permès calcular els casos nous diagnosticats anualment i els estimats per als anys 2000 i 2005. Per efectuar les projeccions del nombre de casos que es diagnostiquen a Barcelona ciutat, s'ha aplicat una metodologia basada en la raó entre la incidència i la mortalitat (RIM), bo i assumint que aquesta raó és constant al nostre entorn. La RIM del registre de Tarragona s'ha aplicat a la mortalitat de Barcelona per a cada localització tumoral, ajustant el model segons el sexe, l'edat, el període de temps i la regió sanitària. Tanmateix, cal tenir present que aquestes dades tenen limitacions i que només són una estimació la validesa de la qual és més reduïda com més infreqüent és el tumor o quan s'aplica a un grup d'edat. Alguns factors que poden contribuir sobre les projeccions efectuades són la millora de la qualitat dels registres d'incidència i de mortalitat, els canvis en les tècniques diagnòstiques o en la classificació dels tumors (com és el cas clàssic dels limfomes), com també els efectes de les activitats preventives. Tenint en compte aquestes limitacions, es considera que aquest exercici de projecció pot oferir un marc de referència poblacional de l'impacte del càncer a Barcelona

Figura 2.6. Evolució de la incidència del càncer a Tarragona, 1980-1997. Homes

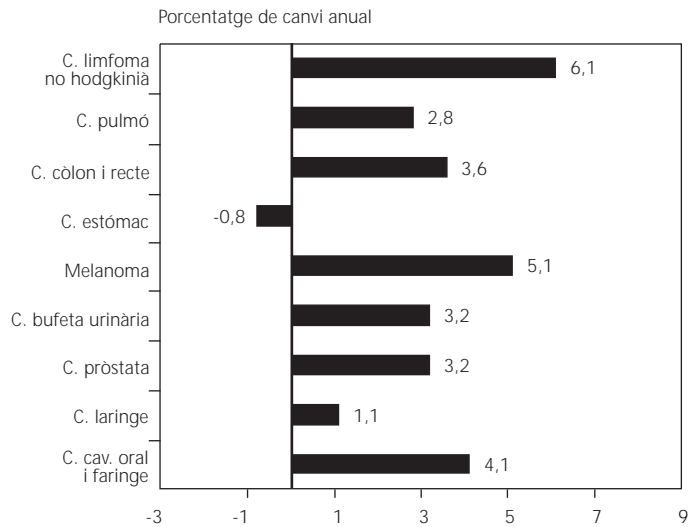
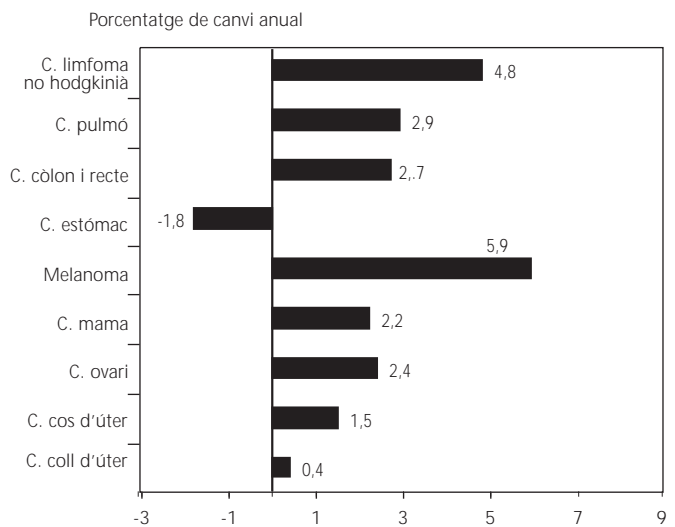


Figura 2.7. Evolució de la incidència del càncer a Tarragona, 1980-1997. Dones



útil per fer previsions sobre recursos sanitaris, més bo que la simple especulació.

Globalment, durant l'any 2000 s'ha estimat que van ser diagnosticats de càncer 5.736 homes i 4.528 dones a Barcelona (taules 2.3 i 2.4). Els intervals de confiança de l'estimació es faciliten per a una valoració més acurada. Això representa un percentatge superior al que representa la població de Barcelona en relació amb la catalana. A la taula 2.3 es constata que part d'aquest excés d'incidència es pot explicar en part pels càncers

de pròstata i de còlon i recte, dos tumors en què l'estructura d'edats envellida de la ciutat de Barcelona té un impacte notable, la qual cosa permet establir l'envelliment com una explicació parcial d'aquesta estimació d'impacte del càncer a Barcelona. En aquest sentit, cal recordar que el principal factor de risc del càncer és l'edat, com ho mostra el fet que la incidència del càncer creix amb l'edat i que prop del 60% de tots els tumors es diagnostiquen en persones més grans de 65 anys.

Conjuntament en homes i dones, el càncer de còlon i recte és el primer de la ciutat, amb 1.380 casos estimats per a l'any 2000, seguits pels 1.208 de càncer de mama en dones i els 1.133 de càncer de pulmó en homes. Més de 3.100 casos dels 10.264 que s'estima que es van diagnosticar en ciutadans de Barcelona eren tumors relacionats amb el tabac, és a dir, el 30,5% de tots els tumors.

La tendència projectada cap a l'any 2005 en el nombre de casos (taules 2.5 i 2.6), amb una aproximació al nombre de casos de 35 a 64 anys i de 65 anys i més, permet estimar que l'any 2005 el nombre de casos serà de 12.013, 5.333 dels quals (44,4%) seran dones. El creixement relatiu serà més elevat en els homes que en les dones. Tot i les precaucions que cal tenir en considerar l'evolució per tumors, el creixement en nombre de casos de càncer de pròstata és elevat, però probablement estimat a la baixa si es manté el creixement dels darrers anys, sobretot en edats inferiors als 65 anys. El nombre de càncers d'estómac no creix significativament, tot i l'envelliment en la població, de manera consistent amb la tendència de la incidència ajustada per l'edat. En canvi, els limfomes no hodgkinians creixen de manera important en els dos sexes, com també el càncer de pàncrees; en aquests dos casos, part de l'augment pot correspondre a un canvi real, però una altra part pot ser deguda a millores diagnòstiques o de classificació dels tumors. L'augment relatiu del nombre de casos dels tumors relacionats amb el tabac en les dones joves estimat és notable, mentre que en els homes es produeix de manera més marcada en els més grans de 65 anys.

Globalment, tot i les precaucions esmentades anteriorment, aquestes dades mostren que el nombre de casos de càncer a Barcelona creixerà considerablement, la qual cosa ha de tenir un reflex immediat en la planificació dels recursos sanitaris. D'altra banda, la millora de la supervivència documentada a Catalunya (Pla director d'oncologia,

2001), consistent en la tendència estable de la mortalitat en un context de creixement de la incidència, fa que l'impacte sobre la prevalença, és a dir, sobre els pacients vius en un moment determinat, tingui com a conseqüència un augment dels pacients que requereixen un seguiment a llarg termini per part dels serveis sanitaris. Cal recordar que actualment hi ha més del 3% de la població viva havent patit un càncer o en tractament per aquesta malaltia, com a conseqüència de les millores del diagnòstic precoç i de l'augment de la supervivència.

2.4. Comparació de la incidència amb alguns països de la Unió Europea

A les taules 2.7 i 2.8 es presenten les dades d'incidència ajustada per edats corresponent al 1996 dels registres de Tarragona i Girona, amb les d'alguns països europeus per als principals tumors. Abans de res, es pot constatar que la incidència dels registres catalans està per sobre de l'estimada per a Espanya, amb l'excepció del càncer d'estómac en els dos sexes.

En els homes, la incidència a Tarragona i Girona està per sota de l'observada per a països com ara Bèlgica, França o els Països Baixos, però lleugerament per sobre de la mitjana europea. En el càncer de bufeta urinària, les taxes catalanes són les més altes d'Europa, mentre que en el càncer d'estómac només tenen per sobre Espanya i Itàlia. En el cas del càncer de pulmó, tot i estar lleugerament per sobre de la mitjana de la Unió Europea, les dades de Bèlgica, els Països Baixos, Itàlia, França i Grècia superen les corresponent a Tarragona. En els altres tumors, les taxes catalanes estan per sota de la mitjana europea.

En les dones, amb l'excepció del càncer de còlon i recte, les taxes de Tarragona i Girona estan per sota de la mitjana de la Unió Europea. De fet, per a tots els tumors només la incidència espanyola i la grega són més baixes, cosa que confirma una observació repetida de la baixa incidència del càncer en les dones al nostre país. Tanmateix, aquesta situació pot canviar en els propers anys com a conseqüència de les tendències observades en els tumors relacionats amb el tabac en les dones (BORRÀS et al., 2001), que poden ser considerats el principal motiu de preocupació en el futur, tot i que pot ser evitat mitjançant estratègies de prevenció primària.

2.5. La incidència del càncer en la infantesa

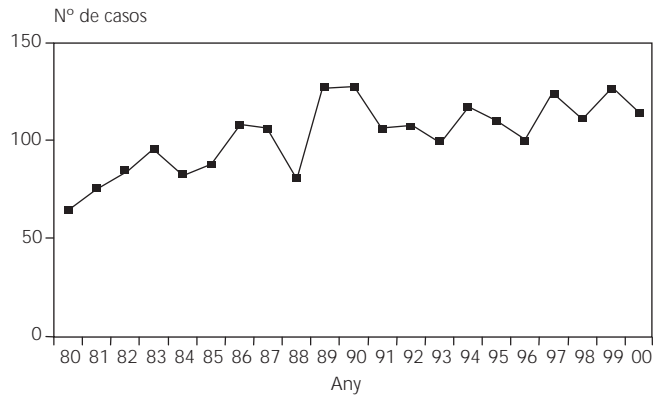
El càncer en la infantesa és una malaltia relativament poc freqüent. En aquesta secció es presenten les dades dels casos diagnosticats de càncer a la ciutat de Barcelona des de l'any 1980 a partir de les dades del Registre de tumors infantils, que recull tots els casos diagnosticats a pràcticament tots els hospitals de l'Estat espanyol.

A la figura 2.8 es presenta la tendència de casos nous diagnosticats en pacients infantils residents a la ciutat de Barcelona.

Com es pot veure, hi ha una certa variació anual entre vuitanta i cent vint casos nous. El grup d'edat amb més freqüència de casos és el de fins a 4 anys, amb el 42,9% del total; seguit pel de 5 a 9 anys, amb el 30,7%, i el de 10 a 14 anys, amb el 26,4 restant.

El conjunt de tipus de tumors que tenen els infants és força diferent del que tenen els adults. A la taula 2.9 es pot observar que el primer tumor en ordre de freqüència són les leucèmies, seguides pels tumors del sistema nerviós central i pels limfomes. Aquest patró és similar al que s'observa a la resta de països europeus. El discret creixement de la incidència del càncer infantil observat a la major part dels països europeus s'ha acompanyat d'una notable millora en la supervivència enfront dels tumors, que al nostre país ha passat del 56% de supervivència al cap de cinc anys en la cohort d'infants diagnosticats de l'any 1983 al 1985, al 69,8% en els diagnosticats del 1992 al 1994. Una part significativa d'aquesta millora pot ser atribuïda a l'aplicació sistemàtica dels protocols terapèutics consensuats en el si de la Societat Espanyola d'Oncologia Pediàtrica i de la participació en grups cooperatius, que han contribuït a sistematitzar l'evidència existent i a facilitar la seva aplicació clínica. Finalment, cal dir que la variació de la incidència entre els diferents països europeus és molt més petita que l'observada en els adults i situa Barcelona en una posició intermèdia a Europa.

Figura 2.8. Evolució de la incidència del càncer infantil a Barcelona, 1980-2000. Nens i nenes.



Font: Registre Nacional de tumors infantils (RNTI)

En conclusió, les dades analitzades relatives a la incidència del càncer a Barcelona, provenint dels registres poblacionals de Tarragona i Girona i extrapolades a Barcelona, permeten establir que l'impacte del càncer en els serveis sanitaris de la ciutat és important i creixerà en el futur. L'envelliment de la població, el diagnòstic precoç en determinats casos, com és el del càncer pròstata, juntament amb l'exposició a factors de risc, com el tabac en les dones, poden ser alguns dels principals factors explicatius. La previsió de necessitats en els serveis sanitaris ha de tenir en compte també les millores de la supervivència, amb un impacte notable sobre el seguiment a llarg termini dels pacients.

Taula 2.1. Incidència dels principals tipus de tumors a Catalunya. Homes. Tarragona 1996-1997; Girona, 1994-1998.

Taxes	Tarragona				Girona			
	Brutes*	Ajustades*	Truncades 35-64*	Acumulades	Brutes*	Ajustades*	Truncades 35-64*	Acumulades
Pulmó	87,0	52,7	86,0	6,7	91,2	51,7	80,8	6,7
Pròstata	68,5	32,7	20,6	4,0	84,0	39,1	29,0	4,8
Còlon i recte	61,5	34,8	43,4	4,0	73,1	39,6	55,2	4,7
Bufeta urinària	57,6	33,1	50,7	3,9	47,5	25,4	33,9	3,1
Cavitat oral i faringe	34,3	22,8	49,3	2,7	31,0	20,5	45,9	2,3
Estómac	26,2	14,9	22,3	1,8	28,2	15,2	21,5	1,8
Laringe	16,9	11,9	28,1	1,5	14,2	9,7	22,4	1,2
Ronyó	14,4	8,3	13,4	0,9	13,5	8,4	13,0	1,1
Limfoma no hodgkinià	11,3	7,4	9,9	0,8	12,8	8,1	14,0	0,9
Pàncrees	10,7	5,9	8,0	0,7	9,4	5,2	7,3	0,6
Encèfal	9,8	7,0	12,0	0,8	8,0	5,9	10,2	0,6
Leucèmia	8,6	6,1	4,7	0,5	11,5	8,0	8,3	0,7
Limfoma de Hodgkin	4,2	3,5	6,5	0,3	3,1	2,9	2,6	0,2
Mieloma	4,0	2,1	1,4	0,3	4,1	2,4	3,9	0,3
Total (exclent-ne la pell)	491,1	292,1	436,8	34,0	510,3	290,1	426,1	34,3

* Taxes per cada 100.000 habitants.

Font: Registre del Càncer de Tarragona, 1996-1997, i Registre del Càncer de Girona, 1994-1998.

Taula 2.2. Incidència dels principals tipus de tumors a Catalunya. Dones. Tarragona, 1996-1997; Girona, 1994-1998

Taxes	Tarragona				Girona			
	Brutes*	Ajustades*	Truncades 35-64*	Acumu- lades	Brutes*	Ajustades*	Truncades 35-64*	Acumu- lades
Mama	97,3	63,5	147,7	7,0	99,3	61,3	136,6	6,8
Còlon i recte	56,6	26,5	39,5	3,1	52,3	24,7	40,4	2,9
Cos d'úter	22,1	13,0	26,2	1,6	21,4	12,3	25,0	1,5
Ovari	15,7	9,5	17,7	1,2	13,8	8,1	16,0	0,9
Estómac	13,4	5,7	7,4	0,6	16,3	6,6	7,5	0,7
Coll d'úter	11,7	8,6	21,5	0,8	10,5	7,4	16,2	0,7
Pàncrees	9,6	4,2	4,3	0,5	8,2	3,8	5,9	0,4
Pulmó	8,7	4,9	10,6	0,6	9,7	4,9	9,2	0,5
Encèfal	9,4	6,3	9,1	0,6	6,2	5,0	7,1	0,5
Bufeta urinària	8,7	4,0	6,0	0,4	8,5	3,4	4,5	0,4
Melanoma	7,3	5,2	6,7	0,5	8,2	5,0	8,3	0,5
Limfoma no hodgkinià	6,6	4,3	8,7	0,5	7,3	4,3	7,4	0,5
Mieloma	3,8	1,9	1,9	0,3	4,2	1,9	3,2	0,2
Limfoma de Hodgkin	1,4	1,2	2,0	0,1	2,2	2,1	0,8	0,2
Total (excloent-ne la pell)	349,4	200,7	363,6	21,9	340,9	186,9	332,3	20,2

* Taxes per cada 100.000 habitants.

Font: Registre de Càncer de Tarragona, 1996-1997, i Registre del Càncer de Girona, 1994-1998.

Taula 2.3. Estimació del nombre de nous casos de càncer a Barcelona l'any 2000. Homes

	Barcelona nº de casos	IC 95%	% Catalunya	Catalunya nº de casos
Estómac	214	(88, 339)	25,03	855
Còlon i recte	699	(557, 840)	36,79	1.900
Pulmó	1.133	(1.013, 1.253)	34,23	3.310
Pròstata	709	(598, 819)	51,01	1.390
Bufeta urinària	529	(373, 684)	29,72	1.780
Total (excloent-ne la pell)	5.736	(5.551, 5.921)	36,08	15.900
Relacionats amb el tabac	2.624	(2.461, 2.787)	32,46	8.085

IC 95%: Interval de confiança del 95%.

Estimació efectuada a partir de la incidència del Registre de Tarragona i ajustada segons la mortalitat de Catalunya i de Barcelona. Elaborat pel Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia.

Taula 2.4. Estimació del nombre de nous casos de càncer a Barcelona l'any 2000. Dones

	Barcelona nº de casos	IC 95%	% Catalunya	Catalunya nº de casos
Estómac	157	(37, 277)	26,61	590
Còlon i recte	681	(566, 795)	32,74	2.080
Mama	1.208	(1.103, 1.313)	34,91	3.460
Coll d'úter	134	(37, 230)	27,92	480
Ovari	255	(163, 346)	42,29	603
Cos d'úter	199	(75, 322)	28,23	705
Total (excloent-ne la pell)	4.528	(4.333, 4.723)	39,07	11.590
Relacionats amb el tabac	506	(347, 665)	47,29	1.070

IC 95%: Interval de confiança del 95%.

Estimació efectuada a partir de la incidència del Registre de Tarragona i ajustada segons la mortalitat de Catalunya i de Barcelona. Elaborat pel Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia.

Taula 2.5. Projecció del nombre de casos nous de càncer a Barcelona, 1985-2005. Homes

	De 35 a 64 anys					Total				
	1985	1990	1995	2000	2005	1985	1990	1995	2000	2005
Estómac	86	82	83	68	67	229	231	220	214	217
Còlon i recte	139	161	189	198	239	413	485	596	699	837
Fetge	47	59	61	84	110	93	141	169	229	278
Pàncrees	26	39	37	52	70	62	91	113	153	212
Pulmó	313	379	356	409	486	708	871	972	1.133	1.332
Pròstata	51	65	71	91	123	286	403	532	709	889
Bufeta urinària	102	150	161	175	198	286	356	415	529	619
Leucèmia	42	39	32	35	37	86	83	92	92	108
Limfoma no hodgkinià	22	35	48	69	95	41	67	104	141	193
Total (excloent-ne la pell)	1.559	1.810	1.782	2.008	2.385	3.586	4.378	4.930	5.736	6.680
Relacionats amb el tabac	705	850	836	983	1.021	1.524	1.907	2.201	2.624	2.942

Estimació efectuada a partir de la incidència del Registre de Tarragona i ajustada segons la mortalitat de Catalunya i de Barcelona. Elaborat pel Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia. Els intervals de confiança del 95% estan disponibles sota petició.

Taula 2.6. Projecció del nombre de casos nous de càncer a Barcelona, 1985-2005. Dones

	De 35 a 64 anys					Total				
	1985	1990	1995	2000	2005	1985	1990	1995	2000	2005
Estómac	43	42	33	33	46	167	160	164	157	186
Còlon i recte	113	148	125	158	200	393	508	571	681	726
Pàncrees	15	16	18	24	37	59	79	101	115	149
Pulmó	26	29	41	50	71	65	76	100	121	169
Mama	505	602	555	638	824	827	1.044	1.051	1.208	1.445
Coll d'úter	30	41	42	50	60	71	94	99	134	153
Cos d'úter	103	87	64	87	110	163	180	187	199	259
Ovari	67	67	67	80	129	116	138	155	178	255
Bufeta urinària	26	22	24	28	61	71	84	117	134	182
Leucèmia	20	25	27	26	59	57	74	90	89	151
Limfoma no hodgkinià	38	36	31	36	58	73	82	84	90	135
Total (excloent-ne la pell)	1.293	1.392	1.410	1.697	2.012	2.890	3.407	3.885	4.528	5.333
Relacionats amb el tabac	83	85	111	132	209	249	299	407	506	590

Estimació efectuada a partir de la incidència del Registre de Tarragona i ajustada segons la mortalitat de Catalunya i de Barcelona. Elaborat pel Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia. Els intervals de confiança del 95% estan disponibles sota petició.

Taula 2.7. Estimacions de la incidència del càncer a la Unió Europea. Homes. Taxes ajustades per cada 100.000 habitants, 1996

	Pulmó	Còlon i recte	Pròstata	Bufeta urinària	Estómac	Total*
Unió Europea	51,7	36,6	40,9	21,3	14,6	287,4
Bèlgica	75,6	36,2	55,5	21,6	11,0	322,4
Dinamarca	46,1	36,9	28,3	13,0	7,8	263,2
França	53,4	38,9	54,1	25,2	10,6	336,8
Grècia	55,1	16,8	18,9	21,9	11,3	221,7
Irlanda	41,3	43,3	45,4	14,4	13,1	266,8
Itàlia	59,3	34,3	23,6	27,6	19,2	286,5
Països Baixos	64,9	40,6	56,8	15,0	12,3	305,7
Espanya	52,5	31,0	22,5	27,6	17,3	267,0
Suècia	21,0	29,7	63,6	16,9	8,4	246,6
Regne Unit	46,0	34,0	37,2	18,2	11,7	249,4
Tarragona(1)	52,7	34,8	32,7	33,1	14,9	292,1
Girona(2)	51,7	39,6	39,1	25,4	15,2	290,1

* Excloent-ne el càncer de pell no melanoma.

Font: Registre Poblacional del Càncer de Tarragona. Eurcan - IAR C.

1. Dades agrupades per al període 1996-1997. 2. Dades agrupades per al període 1994-1998.

Taula 2.8. Estimacions de la incidència del càncer a la Unió Europea. Dones. Taxes ajustades per cada 100.000 habitants, 1996

	Pulmó	Còlon i recte	Mama	Cos d'úter	Coll d'úter	Ovari	Estómac	Total*
Unió Europea	11,2	24,2	68,6	11,8	9,0	10,2	6,8	210,2
Bèlgica	11,0	25,4	79,0	12,8	8,4	12,0	4,8	222,8
Dinamarca	28,5	28,1	83,8	13,3	14,0	16,1	3,6	283,4
França	7,3	24,8	80,4	9,7	9,5	8,8	3,8	211,2
Grècia	8,0	12,7	46,3	6,4	6,5	7,4	5,9	152,8
Irlanda	17,5	24,6	70,3	9,7	10,1	13,3	6,0	229,6
Itàlia	8,7	22,3	62,7	16,4	8,4	8,4	9,2	207,6
Holanda	16,8	28,2	89,1	11,4	6,4	11,8	4,9	244,0
Espanya	3,8	19,6	46,9	12,0	7,0	8,0	7,6	159,8
Suècia	13,2	23,0	77,9	15,4	7,5	12,0	4,3	240,7
Regne Unit	21,4	22,8	71,6	9,2	8,5	11,9	4,8	221,1
Tarragona(1)	4,9	26,5	63,5	13,0	8,6	9,5	5,7	200,7
Girona(2)	4,9	24,7	61,3	12,3	7,4	8,1	6,6	186,9

* Excloent-ne el càncer de pell no melanoma.

Font: Registre Poblacional del Càncer de Tarragona. Eurcan - IAR C.

1. Dades agrupades per al període 1996-1997. 2. Dades agrupades per al període 1994-1998.

Taula 2.9. Distribució per sexes de la incidència de càncer infantil a Barcelona en el període 1980-2001

	Nens		Nenes		Total	
	n	%*	n	%*	n	%**
Leucèmies	309	57,3	230	42,7	539	27,5
SNC i intraespinal	247	59,5	168	40,5	415	21,2
Linfomes	208	68,0	98	32,0	306	15,6
Sistema nerviós simpàtic	87	51,2	83	48,8	170	8,7
Tumors renals	63	50,0	63	50,0	126	6,4
Sarcomes en teixits tous	71	56,8	54	43,2	125	6,4
Tumors malignes ossis	68	59,1	47	40,9	115	5,9
Cel. germ. trofo. gona.	24	44,4	30	55,6	54	2,8
Neoplàsies epitelials	25	52,1	23	47,9	48	2,4
Retinoblastomes	25	58,1	18	41,9	43	2,2
Tumors hepàtics	9	52,9	8	47,1	17	0,9
Altres tumors	2	100,0	0	0,0	2	0,1
Total	1.138	58,1	822	41,9	1.960	

* Percentatge per fila.

** Percentatge per columna.

Font: Registre Nacional de tumors infantils (RNTI).

2.6. Bibliografia

BORRÀS J, GALCERAN J, BOSCH X i cols. Cancer Registry of Tarragona, Catalonia, Spain. A: Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds). Cancer Incidence in five continents, vol VII. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1997.

BORRÀS JM, BORRÀS J, VILADIU , BOSCH FX (eds). Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya, 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, Generalitat de Catalunya, 1997.

BORRAS J, BORRAS JM, GALCERAN J, MORENO V, SANCHEZ V, GONZALEZ JR. Recent trends in smoking related cancer in Tarragona, Spain. Cancer Causes Control, 2001 (en premsa).

PARKIN DM, BRAY FI, DEVESA SS. Cancer burden in the year 2000: the global picture. Eur J Cancer 2001; 37:S4-S66.

Pla Director d'Oncologia: 2001-2004. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.

VILADIU P, IZQUIERDO A, MARCOS R i cols. Epidemiologia del càncer a Girona. Girona: Unitat de Registre del Càncer de Girona, Institut d'Assistència Sanitària, 2000.

CAPÍTOL 3

L'ÚS DE SERVEIS SANITARIS RELACIONATS AMB EL CÀNCER

El present capítol descriu l'ús de serveis relacionats amb el càncer i està dividit en tres parts: Les intervencions comunitàries relacionades amb el càncer, el Programa de cribatge del càncer de mama de Barcelona i els càncers diagnosticats als hospitals de Barcelona.

3.1. Intervencions comunitàries sobre el càncer: atenció primària de salut, atenció sociosanitària i atenció a la salut sexual i reproductiva

3.1.1. Atenció primària de salut i sociosanitària

Els mateixos atributs de l'atenció primària de salut: accessibilitat; longitudinalitat, que implica la possibilitat de contacte regular de la població amb els serveis independentment de quin sigui el problema; globalitat en l'atenció a totes les esferes de la persona, i coordinació amb altres nivells assistencials per millorar l'atenció a la salut, ens orienten les intervencions i el paper que desenvolupa aquest nivell assistencial en oncologia.

Les actuacions de l'atenció primària de salut van orientades a la prevenció, la detecció, el seguiment i la coordinació dels casos diagnosticats i en tractament, i l'atenció pal·liativa a persones amb malaltia terminal per càncer. En aquest document, a causa de la disponibilitat de les dades actuals, es presenta la informació sobre les activitats preventives i de cures pal·liatives.

a) Activitats preventives

Tant el consum de tabac com el consum excessiu d'alcohol tenen un impacte en la mortalitat per diferents càncers. Tal com s'ha comentat en altres capítols, la mortalitat atribuïda al consum de tabac té un pes molt rellevant en el càncer de pulmó, tràquea i bronquis, entre d'altres. D'altra banda, el consum excessiu d'alcohol té una important implicació en la mortalitat per càncer d'esòfag i d'estómac.

Entre les mesures d'actuació, destaquen les intervencions de l'atenció primària orientades tant a la prevenció del consum de tabac i del consum excessiu d'alcohol, com al control del consum i dels problemes de salut que hi estan associats. Segons dades obtingudes dels contractes de l'atenció primària en relació amb les interven-

cions sobre el consum de tabac del període 1995-1998 que es presenten a la taula 3.1, sabem que:

- El cribatge del tabaquisme s'ha incrementat, però on s'observa un augment més important és en el consell mínim als fumadors.
- El percentatge d'històries clíniques de fumadors en què consta el consell mínim en relació amb el consum de tabac s'ha duplicat.
- La prevalença de consum de tabac en la població atesa a l'atenció primària de salut l'any 1997 va ser del 38,3%. Entre els fumadors habituals, el 36,4% eren dones, amb una edat mitjana de 46,4 anys.

Taula 3.1. Intervencions sobre el consum de tabac en l'atenció primària de salut. Percentatge d'històries clíniques de més de 14 anys. Període 1995-1998

	1995	1998
Cribatge	42,8%	50,4%
Consell mínim	34,4%	64,8%
Prevalença	22,4%	38,3% *

* Dades de 1997

Font: Contractes d'atenció primària. Període 1995-1998. Consorci Sanitari de Barcelona.

A través del contractes d'atenció primària del període 1995-1998, coneixem que els resultats de les intervencions que es presenten a la taula 3.2 en relació amb el consum excessiu d'alcohol són els següents:

- Tant les xifres que mostren el percentatge del cribatge del consum excessiu d'alcohol, com les del consell mínim als consumidors, han millorat durant el període.
- L'increment més notable és el de consumidors excessius als quals se'ls ha donat consell mínim, que passa d'un 29,3% el 1995 a un 46,5% el 1998.
- L'any 1997, la prevalença de consum d'alcohol va ser del 9,3%. Els 88,7% dels consumidors eren homes amb una mitjana d'edat de 51 anys.

Taula 3.2. Intervencions sobre el consum excessiu d'alcohol en l'atenció primària de salut. Percentatge d'històries clíniques de més de 14 anys. Període 1995-1998

	1995	1998
Cribatge	38,9%	42,3%
Consell mínim	29,3%	46,5%
Prevalença	5,4%	9,3%

Font: Contractes d'atenció primària. Període 1995-1998. Consorci Sanitari de Barcelona

Tot i que s'observa un increment de les xifres de cribatge i de consell mínim en el consum de tabac i el consum excessiu d'alcohol, cal dir que encara presenten uns valors baixos, per bé que cal tenir en compte que es tracta d'una activitat associada a l'infraregistre (Pla de salut de la regió sanitària de Barcelona ciutat, 1996-1998, 1999-2001).

b) Atenció pal·liativa

Segons dades del registre de mortalitat de Barcelona de l'any 1999 (Institut Municipal de Salut Pública, en premsa), el nombre de morts anuals per càncer segons grups d'edat, són els següents:

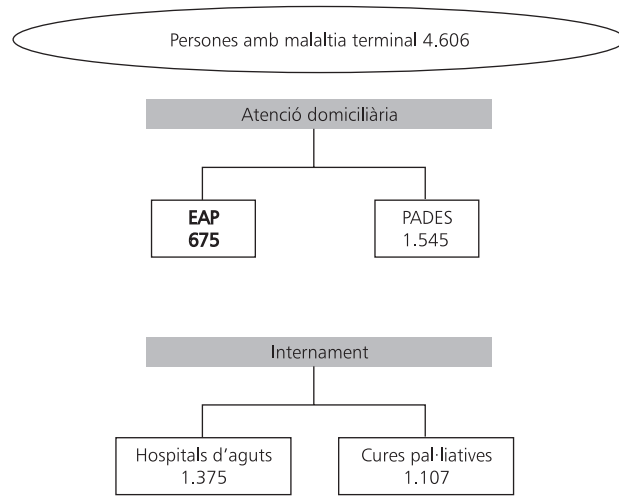
- Nombre de casos del grup de 35 a 64 anys: 1.124
- Nombre de casos del grup de 65 a 74 anys: 1.369
- Nombre de casos del grup de 75 anys i més: 2.109
- Nombre total de casos més de 34 anys: 4.606

L'atenció a les persones amb malaltia terminal per càncer es pot donar des de diferents serveis i nivells assistencials: atenció primària, hospitalització d'aguts i unitats d'internament de cures pal·liatives. Tal com es mostra a la figura 3.1, aproximadament la meitat de les persones amb malaltia terminal són ateses a la seva llar; el 29,8% de les persones amb malaltia terminal per càncer mor en un hospital d'aguts, i el 24% ingressa en una unitat de cures pal·liatives.

L'atenció a domicili és un servei amb un pes molt important en l'atenció a les persones amb malaltia terminal, sobretot si tenim en compte que entre un 40 i un 60% dels diagnòstics de càncer moren a la pròpia llar i que cada vegada més la gent prefereix morir a casa (Benítez et al., 2001) Els equips d'atenció primària (EAP) i els programes d'atenció domiciliària equip de suport (PADES) són els recursos que presten atenció domiciliària des dels àmbits de l'atenció primària i de l'especialitzada, respectivament. Hi ha diferències en la tipologia de població atesa en aquests dos recursos, així els pacients que tenen més pes en l'atenció domiciliària dels PADES són els que es troben en situació terminal, mentre que en els equips d'atenció primària són els pacients amb patologia crònica i amb demències. A la figura 3.2 es mostra l'evolució del nombre de casos en situació terminal atesos a la llar i les diferències entre el volum de casos atesos pels PADES i pels EAP.

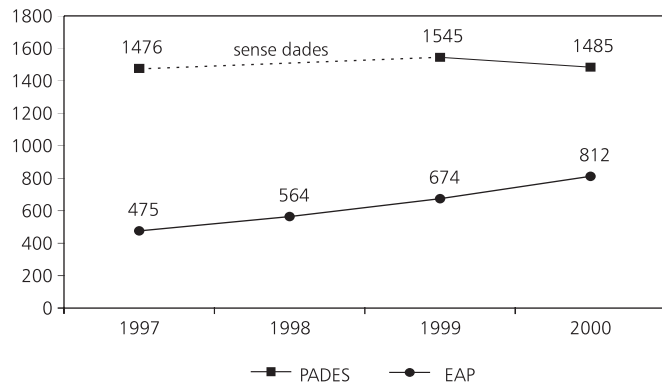
Els PADES actualment a la ciutat de Barcelona atenen més casos de persones terminals a domicili (1.485 l'any 2000), que els equips d'atenció primària (812 casos l'any 2000). Observem una tendència ascendent en el nombre de casos que al llarg del període atenen els EAP. Aquest increment està motivat, sobretot, per l'augment de la

Figura 3.1. Aproximació a la utilització dels recursos en persones amb malaltia terminal (s'especifica els casos atesos). Barcelona, 1999



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública

Figura 3.2. Evolució del nombre de casos atesos de persones amb malaltia terminal atesos a domicili pels equips d'atenció primària i pels PADES. Període 1997-2000



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Contractes amb els equips d'atenció primària i amb els PADES. Període 1997-2000

cobertura de la reforma de l'atenció primària i, per tant, pel més gran nombre d'EAP que incorporen l'atenció domiciliària, i també per la consolidació de l'activitat als EAP.

A la taula 3.3 es presenta el nombre de casos en situació de malaltia terminal atesos a domicili als diferents sectors sanitaris. Aquestes dades ens orienten sobre el volum de casos per districte, però no podem saber quants d'aquests són atesos de manera conjunta entre els dos dispositius d'atenció domiciliària.

Taula 3.3. Nombre de persones amb malaltia terminal ateses a domicili segons el sector sanitari. Any 2000

Districtes	EAP	PADES	Total casos
Ciutat Vella	108	63	171
Eixample	166	395	561
Sants-Montjuïc	61	155	216
Les Corts	94	130	224
Sarrià-Sant Gervasi*		79	79
Gràcia*		140	140
Horta-Guinardó	79	196	275
Nou Barris	91	138	229
Sant Andreu	80	134	214
Sant Martí	133	169	302
Total	812	1.599	2.411

* No s'ha desplegat la reforma de l'atenció primària.

3.1.2. Atenció a la salut sexual i reproductiva

El procés de desplegament dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva es va iniciar de manera general a Barcelona el juliol del 1999 i va acabar el gener del 2000. Aquest desplegament substitueix el model tradicional d'atenció especialitzada tocoginecològica i el de planificació familiar que han coexistit a la ciutat.

La nova situació representa un procés de millora ja que ofereix uns serveis integrals a la salut sexual i reproductiva tot incorporant-hi les vessants d'educació, de promoció de la salut, de prevenció, d'assistència i d'atenció a la patologia tant en l'àmbit individual com comunitari, amb actuacions específiques sobre grups de població amb més necessitats. També millora la continuïtat assistencial, l'atenció compartida i l'accessibilitat de la població, ja que es tendeix a descentralitzar els serveis als diferents centres d'atenció primària. Els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva dins de l'àmbit de l'oncologia, tenen un paper fonamental en la detecció precoç del càncer ginecològic. Les seves intervencions es podrien concretar en les línies d'actuació següents:

- Informació, educació i prevenció del càncer ginecològic i de mama.
- Diagnòstic precoç a la població diana del càncer de cèrvix i del càncer de mama.
- Detecció del càncer d'endometri davant de simptomatologia.
- Coordinació i col·laboració activa amb el Programa de cribratge poblacional de càncer de mama del CSB.

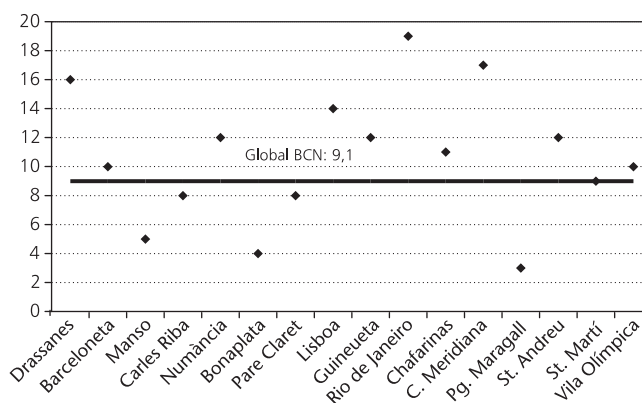
- Coordinació amb l'atenció primària de salut i el nivells d'atenció hospitalària d'aguts.
- Prevenció del consum de tabac i consells a les dones fumadores.

a) Demanda i motius d'atenció als serveis de salut sexual i reproductiva

La comissió de seguiment d'aquests serveis, en la qual participen representants del Consorci Sanitari de Barcelona, la Corporació Sanitària de Barcelona, IMAS, ICS, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i la Corporació Sanitària Clínic, va dur a terme un estudi per conèixer la demanda i els motius d'atenció dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva als diferents centres d'atenció primària de la ciutat. De les dades obtingudes a l'estudi (Consorci Sanitari de Barcelona, 2001), es constata que:

- La taxa bruta de demandes d'atenció per setmana és de 9,1 per cada 1.000 dones d'entre 15 a 69 anys, xifra que comporta 473 demandes d'atenció a l'any per cada 1.000 dones d'entre 15 i 69 anys.
- Hi ha molta variabilitat en les taxes dels diferents serveis d'atenció sexual i reproductiva en funció del CAP on es presta l'assistència. La taxa que presenta un valor més elevat és de 19,4, i la que presenta un valor més baix és de 2,6, sent la raó de taxes (màx./mín.) de 7,5. Aquestes taxes es mostren a la figura 3.3.

Figura 3.3. Taxa bruta de demandes per cada 1.000 dones d'entre 15 i 69 anys, segons CAP i global de Barcelona. Novembre del 2000



- Entre el conjunt de demandes d'atenció produïdes, destaca el pes que tenen en relació amb el total de demandes les revisions periòdiques (bàsicament prevenció del càncer de coll d'úter) i el lliurament de resultats. Així, el 35,4% de les demandes d'atenció han estat per a revisions periòdiques, el 27,6% per a lliurament de resultats, l'11,6% per a altres qüestions, i el 9,9% per embaràs.

Taula 3.4. Primers motius de demanda segons tipologia de visita als serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (en percentatge). Novembre del 2000

Primera visita	Visita successiva	Visita preferent
Revisions periòdiques (42,5%)	Revisions periòdiques (36,4%)	Patologia ginecològica (23,8%)
Altres (17,9%)	Lliurament de resultats (34,3%)	Lliurament de resultats (19,3%)
Embaràs (11,5%)	Embaràs (10,1%)	Revisions periòdiques (15,8%)
Lliurament de resultats (9,9%)	Altres (9,4)	Altres (14,3%)

Taula 3.5. Citologies realitzades als serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva. Any 2000

	Nombre de citologies	Nombre de citologia negatives per a cèl·lules malignes (%)
Ciutat Vella (*)	4.509	4.445 (98,6%)
Eixample	9.399	9.296 (98,9%)
Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi (**)	9.841	9.763 (99,2%)
Gràcia Horta-Guinardó	4.433	4.394 (99,1%)
Nou Barris	10.419	10.345 (99,3%)
Sant Andreu (inclou les dades de Montcada i Reixac)	7.924	7.664 (96,7%)
Total	46.525	45.907 (98,7%)

(*) No inclou les dades de l'ABS 1A (**)No inclou les dades de l'ABS 4C

Font: Serveis de salut sexual i reproductiva de l'ICS i de l'IMAS.

Taula 3.6. Patologia neoplàsica detectada mitjançant la citologia. Any 2000.

	Epiteli escamós		Epiteli cilíndric
	SIL d'alt grau	Carcinoma escamós	Adenocarcinoma
Ciutat Vella(*)	13	0	1
Eixample	20	1	0
Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi (**)	11	0	1
Gràcia Horta-Guinardó	8	0	0
Nou Barris	17	0	1
Sant Andreu (inclou les dades de Montcada i Reixac)	33	0	0
Total	102	1	3

(*) No inclou les dades de l'ABS 1A (**)No inclou les dades de l'ABS 4C

Font: Serveis de salut sexual i reproductiva de l'ICS i de l'IMAS.

Com es mostra a la taula 3.4, aquests percentatges es mantenen elevats en els diferents tipus de visites.

b) Pràctica preventiva en el càncer de coll d'úter

La tècnica de detecció precoç del càncer de coll d'úter és la citologia de Papanicolau. La citologia s'hauria de començar una vegada la dona hagi iniciat les relacions sexuals. Inicialment, es recomana fer dues citologies seguides amb un interval d'un any entre les

dues. A partir d'aquí, la periodicitat de la mesura es recomana que sigui de cada tres anys per a les dones d'entre 20 i 34 anys, i de cada cinc anys per a les dones que d'entre 35 i 64 anys. En dones de 65 anys o més que han estat sotmeses a cribratges anteriorment, no es imprescindible continuar fent les citologies. Si no s'han fet proves de cribratge abans dels 65 anys, es recomana practicar-ne dues de seguides amb l'interval d'un any (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat, 1993).

Atesa la baixa taxa de mortalitat de la malaltia al nostre entorn, es considera que la detecció de casos a les consultes d'atenció primària es l'estratègia més adient.

A la taula 3.5 s'exposen les dades disponibles quant al cribratge del càncer de coll d'úter. No s'hi inclouen les dades referents al districte de Sant Martí, el CAP Maragall i l'ABS 4C. El 98,7% de les citologies realitzades són negatives per a cèl·lules malignes.

Del total de citologies s'han detectat 102 SIL d'alt grau de l'epiteli escamós (que representen el 0,2% del total de les citologies). S'ha detectat 1 carcinoma escamós i 3 adenocarcinomes de l'epiteli cilíndric (vegeu la taula 3.6).

3.2. El programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona

3.2.1. El programa com a instrument de canvi en l'atenció oncològica

El Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona es constitueix com una peça molt important en el conjunt de l'atenció oncològica a la ciutat.

Per al CSB, la implantació del Programa va representar una inflexió importantíssima en la línia de treball encetada l'any 1993 arran de l'elaboració del primer Pla de salut (1993-95) i orientada a reordenar i reorganitzar el conjunt de serveis d'atenció oncològica a la ciutat basant-se en les necessitats de salut de la població.

Així doncs, l'any 1993 i abans d'implantar el Programa, es va fer una anàlisi de la situació de salut i de serveis als territoris on s'havia previst implantar-lo.

També es van fer dos estudis paral·lels: d'una banda, es van estudiar els patrons d'utilització de la mamografia a les unitats de radiologia finançades per l'SCS i, de l'altra, es va fer una anàlisi de la morbiditat hospitalària per càncer de mama a partir de les dades del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària, per al període 1990-1993.

Tant en un estudi com en l'altre, les conclusions anaven en una mateixa línia de treball, en el sentit de millorar els sistemes d'informació: d'una banda, l'enregistrament de dades necessàries i imprescindibles tant per a la gestió i planificació sanitàries, com per a la gestió assistencial, com podria ser el motiu de demanda de la mamografia; i, d'una altra, la validesa d'alguna de les dades bàsiques que s'enregistraven, com ara el sexe o l'edat.

El document marc per a l'elaboració del Pla de salut definia objectius de salut en l'horitzó de l'any 2000 en el sentit de reduir la mortalitat per càncer en les persones de 65 anys i més, i d'estabilitzar la tendència creixent de la mortalitat per càncer de mama en les dones.

En aquest sentit, l'any 1995 i en el marc del Pla de salut, el CSB va implantar amb caràcter pilot en dos districtes de la ciutat el Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. La implantació del Programa representa un gir en l'abordatge de la prevenció diferent de qualsevol altra intervenció que s'hagués fet fins aleshores. Es constituïa com un programa de caràcter integral en què cavalquen tant la prevenció secundària i la promoció de la salut, com l'assistència als casos detectats en el cribratge.

En la imatge gràfica, es reforçava la importància de la participació, ja que aquest és un aspecte clau per aconseguir l'efectivitat del Programa (figura 3.4).

Figura 3.4. Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. Imatge gràfica per als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí



La població diana a la qual s'adreça el Programa són les dones de 50 a 64 anys residents als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, amb una població diana de 30.843 dones. El test de cribratge és la mamografia amb doble projecció i doble lectura de les plaques.

En la línia de millorar els diferents aspectes del procés de cribratge, es va constituir una comissió encarregada d'estudiar les raons de no-participació de les dones al Programa. Es va estudiar el perfil de dona que viu a la ciutat a partir de l'anàlisi de

L'Enquesta metropolitana de Barcelona del 1990, a fi i efecte de millorar el Pla de comunicació i dissenyar de manera específica i segmentada determinades intervencions segons grups diana. A partir de la informació recollida i analitzada d'altres programes, el grup de treball dissenyà una sèrie de suggeriments de resposta a les raons adduïdes habitualment per les dones per no assistir a programes de cribratge, les quals es van incorporar a la documentació del Programa que es lliura tant als professionals de la salut com a associacions cíviques i institucions no sanitàries.

Altres estudis en la línia de millorar la coordinació i la participació del metge d'atenció primària en tot el procés de cribratge, i sobretot la seva implicació com a transmissor de missatges positius a favor de la participació, han donat resultats satisfactoris relacionats bàsicament en la millora de l'enregistrament de les dades i en la promoció de la col·laboració dels equips d'atenció primària vers el Programa.

3.2.2. L'extensió territorial del programa

L'any 1997, es va fer un estudi d'extensió territorial del Programa a la resta de la ciutat. La proposta final es basa en l'anàlisi de les característiques demogràfiques i socioeconòmiques de la població, així com de la magnitud del problema de salut en el nostre entorn. S'analitzen també altres variables relacionades amb els proveïdors, entre

les quals hi ha la disponibilitat de recursos o la penetració comunitària dels centres.

Com a resultat de l'estudi, es prioritzen les zones de la ciutat cap a on s'ha d'estendre el programa i s'estableix un cronograma d'actuació.

A la taula 3.7 es presenta la distribució de proveïdors segons àmbit territorial i any d'inici del Programa.

Així, l'any 1998, el programa es va implantar als districtes de Gràcia i Horta-Guinardó. L'any 2000, s'estengué al districte de Nou Barris. Al 2001, al districte de Sarrià - Sant Gervasi i a la Dreta de l'Eixample. Amb aquesta dinàmica d'extensió, s'ha previst que l'últim trimestre del 2001 arribi al districte de Sant Andreu i que el 2002 estigui implantat a tota la ciutat. Tenint en compte aquesta previsió, al final del 2001 el 75% del territori estarà cobert pel Programa, la qual cosa significa que hi haurà 112.314 dones residents a Barcelona de 50 a 64 anys sota programa.

3.2.3. Cinc anys d'experiència del programa

Des que, el 1995, s'inicià el Programa, s'han citat, fins el 31 de desembre del 2000, 53.932 dones, 34.097 de les quals hi han participat almenys una vegada. D'altra banda, 43.916 dones de Ciutat Vella i de Sant Martí s'han convocat ja en segona i tercera rondes. Així mateix, sabem que hi ha 4.260 dones que s'estan fent mamografies a banda del Programa i 22.219 que manifesten haver-se fet una mamografia durant els sis mesos anteriors a la convocatòria.

En primera ronda s'han reconvoat per a estudis addicionals el 7,9% de les dones cribrades, mentre que en la segona i tercera rondes aquesta xifra ha baixat fins al 5,3%. Al 3,6% de les dones cribrades en primera ronda se'ls ha practicat una prova invasiva diferent de la biòpsia quirúrgica (PAAF i/o corebiòpsia), mentre que en segona i tercera rondes aquest valor va ser del

Taula 3.7. Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. Any d'inici del Programa i proveïdor segons àmbit territorial. Octubre del 2001

Territori	Nombre dones 50-64 anys*	Any d'inici	Proveïdor
Ciutat Vella	7.753	1995	IMAS
Eixample Dreta	10.866	2001	HSCSP
Eixample Esquerra	13.733	2002	Per determinar
Sants-Montjuïc	15.736	2002	IMAS
Les Corts	8.108	2002	Per determinar
Sarrià-Sant Gervasi	13.390	2001	IMAS
Gràcia	11.641	1998	HMI
Horta-Guinardó	18.082	1998	IMAS
Nou Barris	18.298	2000	HMI
Sant Andreu	12.788	2001	HSCSP
Sant Martí	19.557	1995	IMAS
Tot Barcelona	149.952		

IMAS: Institut Municipal d'Assistència Sanitària;

HSCSP: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; HMI: Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron

*Padró 1996

2,4%. Fins el 31 de desembre del 2000 s'havien detectat 282 càncers, la qual cosa dona una taxa de detecció en primera ronda del 5,8 per cada 1.000 dones cribrades, i del 3,95 per cada 1.000 en rondes successives.

El percentatge de carcinoma *in situ* és, tant en primera ronda com en successives, de prop del 10% sobre el total de càncers detectats. El percentatge de càncers invasius amb ganglis negatius passa d'un 71,7% en primera ronda a un 81,8% en rondes successives. A les taules 3.8 i 3.9 es presenten les principals dades i indicadors, tant pel que fa a la població i la participació, com a l'activitat i els resultats.

Des del Consorci Sanitari de Barcelona, es continua avançant en línies de treball que ens ajudin tant en la planificació sanitària, com als metges en la gestió clínica dels casos o a les dones en la seva qualitat de vida. Aquestes línies de treball passen, entre d'altres, per la millora dels sistemes d'informació, en què la implantació d'un registre de tumors poblacional és clau; o per un abordatge integral del càncer en què la prevenció i l'assistència estiguin interrelacionades.

3.3. Els càncers diagnosticats als hospitals de Barcelona

En aquest apartat es presenta, en primer lloc, l'hospitalització de pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona, seguit de la radioteràpia als hospitals de la xarxa pública.

3.3.1. Hospitalització de pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona

L'objectiu d'aquest apartat és conèixer, pel que fa al càncer i sobre la base de la informació procedent del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH) de l'any 2000, el nombre de pacients ingressats amb diagnòstic de càncer als diferents hospitals de la regió sanitària de Barcelona ciutat (RSBC) i la seva distribució segons la tipologia del càncer. Concretament, es descriu: 1) la distribució del nombre de pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de la RSBC (públics i privats), segons la zona de residència dels pacients; 2) les característiques demogràfiques de les persones ateses amb aquest diagnòstic, i 3) les taxes d'hospitalització amb diagnòstic de càncer per grups d'edat i sexe en

Taula 3.8. Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. Dades sobre la població i la participació. Desembre del 2000

	Primera ronda*	Segona ronda i successives
Dones convocades	53.932	43.916
Dones participants	29.177	28.373
Taxa de participació	54,1%	64,6%
Dones amb mamografia prèvia	14.540	7.679
Cribratge extern	2.871	1.389
Taxa de cobertura**	86,4%	85,3%
Dones reconvocades	2.309	1.501
Taxa de reconvoatòria	7,9%	5,3%

* Inclou Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia i Horta-Guinardó.

** Inclou les dones participants, més les dones amb mamografia prèvia feta durant els sis mesos anteriors, més les dones que declaren cribratge extern.

Font: Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) i Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron.

Taula 3.9. Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. Dades sobre l'activitat i resultats. Desembre del 2000

	Primera ronda*	Segona ronda i successives
Dones amb PAAF i corebiòpsia	1.046	677
Taxa de PAAF i corebiòpsia	3,6%	2,4%
Dones amb biòpsia quirúrgica	154	23
Taxa de biòpsies quirúrgiques	0,5%	0,08%
Nombre de càncers detectats	170	112
Taxa de detecció/1.000 dones cribrades	5,8	3,95
Carcinomes <i>in situ</i>	10%	9,8%
Absència d'afectació ganglionar	71,7%	81,8%

* Inclou Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia i Horta-Guinardó.

Font: Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) i Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron.

els pacients residents a Barcelona als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).

S'han seleccionat els pacients ingressats segons les altes del CMBDAH dels hospitals de la regió sanitària de Barcelona ciutat de l'any 2000, com també les altes dels pacients residents a Barcelona atesos a hospitals d'altres regions sanitàries.

La identificació dels diagnòstics de càncer s'ha fet seguint les categories diagnòstiques de les Classifications for Health Policy Research (CCHPR) escollint el primer diagnòstic com a principal. La relació dels càncers seleccionats comprèn el grup de totes les neoplàsies malignes i carcinomes *in situ* (des de la categoria diagnòstica 11 fins a la 45), i n'exclou les neoplàsies benignes. S'han calculat les taxes d'hospitalització a la XHUP agregant els anys 1999 i 2000 per a la població de Barcelona, com a indicador de l'ús de recursos hospitalaris públics. S'ha fet una anàlisi específica

per als pacients que tenien com a diagnòstic principal ingrés per a la realització de quimioteràpia o radioteràpia, identificant el tipus de càncer a partir del segon diagnòstic. En el grup de pacients de menys de quinze anys, també s'ha fet una anàlisi a banda, ateses les característiques d'atenció hospitalària que requereix la població pediàtrica.

a) Pacients atesos

Durant l'any 2000, van ingressar 17.888 pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona, xifra que representa un 7,3% del total de pacients ingressats a la RSBC per totes les causes, segons dades del CMBDAH 2000.

La majoria de pacients procedeixen dels hospitals de la xarxa pública (78,8%), i més de la meitat d'ells són pacients residents a Barcelona, tal com mostra a la figura 3.5.

Pacients atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona

El nombre de pacients atesos amb diagnòstic de càncer als hospitals de la XHUP de Barcelona va ser de 14.081 durant l'any 2000.

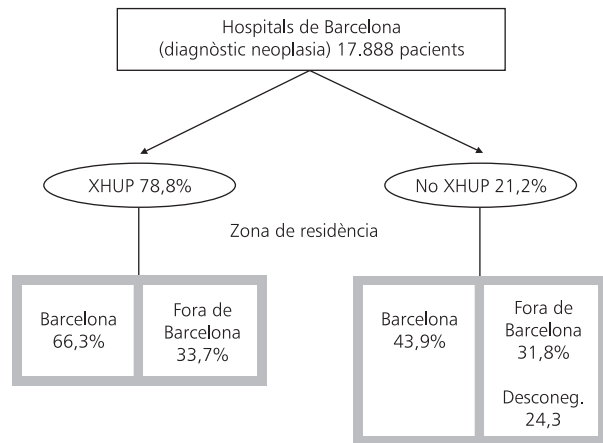
A la taula 3.10 es mostren els diferents tipus de càncers que presenten els pacients ingressats; hi destaquen per la seva freqüència el de bufeta (10,1%) i els càncers malignes secundaris (9,1%), seguits del de mama (8,6%) i el de pulmó (8,2%). La majoria de pacients (74%) van ingressar als hospitals del Mar, Clínic, Vall d'Hebron, Sant Pau, tal com mostra la figura 3.6.

Els tipus de càncer atesos als diferents centres hospitalaris es detalla a les taules 3.11a i 3.11b, on es pot observar que hi ha hospitals que tracten prioritàriament determinats tipus de càncer, com són els casos de la Fundació Puigvert i l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, pel seu caràcter monogràfic.

Cal destacar l'emplaçament del Servei de Cirurgia Plàstica de la Vall d'Hebron a l'Hospital de Traumatologia, la qual cosa explica el nombre de càncers de pell atesos en aquest centre.

Figura 3.5.

Distribució del nombre de pacients atesos als hospitals de la regió sanitària de Barcelona ciutat segons zona de residència. Any 2000



Distribució de pacients residents a Barcelona atesos en altres regions sanitàries. Any 2000

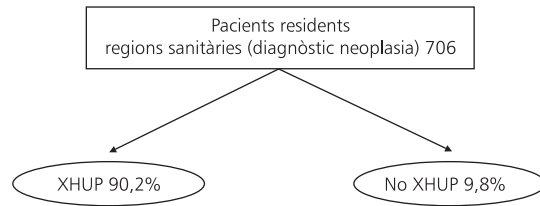
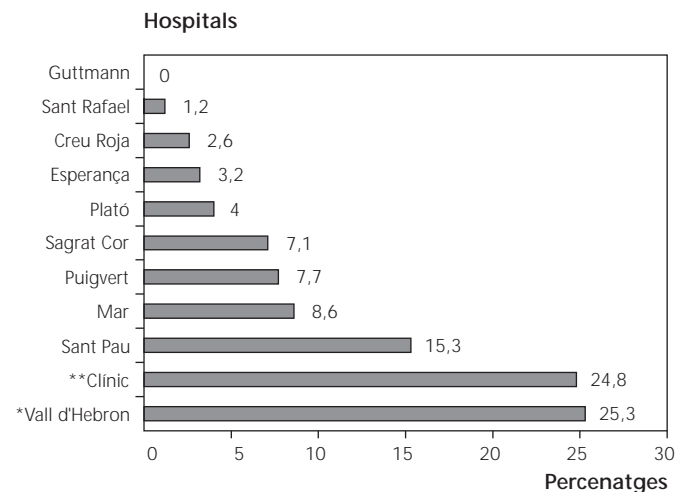


Figura 3.6. Distribució percentual dels malalts ingressats als diferents hospitals de Barcelona. Any 2000



* Sota la denominació Vall d'Hebron, s'han inclòs els tres centres hospitalaris de la Vall d'Hebron i la Clínica Adrià.
 ** Clínic inclou l'Hospital Clínic i la Maternitat.

Taula 3.10. Nombre de pacients ingressats amb diagnòstic de càncer. Any 2000

	Nre. de pacients	Percentatge
C. bufeta	1.425	10,1
C. secundaris	1.286	9,1
C. mama	1.213	8,6
C. bronquis/pulmó	1.153	8,2
C. de natura inespecífica/incerta	963	6,8
C. còlon	834	5,9
C. cap/coll	817	5,8
C. pròstata	661	4,7
C. fetge / c. biliars	491	3,5
C. recte/anus	428	3,0
Quimioteràpia/radioteràpia	427	3,0
Altres càncers pell	418	3,0
Limfomes no hodgkinians	387	2,7
C. estómac	361	2,6
Leucèmia	326	2,3
C. úter	280	2,0
C. ronyó / pelvis renal	249	1,8
C. pàncrees	243	1,7
C. cervell / sistema nerviós	242	1,7
Altres càncers primaris	242	1,7
C. coll uterí	232	1,6
Melanoma	213	1,5
C. os / teixit connectiu	176	1,2
Altres càncers gastrointestinals/peritoneu	175	1,2
C. ovari	135	1,0
Mieloma múltiple	132	0,9
C. esòfag	125	0,9
C. tiroide	120	0,9
Altres càncers genitals femenins	85	0,6
Limfoma de Hodgkin	69	0,5
C. testicle	46	0,3
Altres càncers respiratoris/intratoràcics	43	0,3
Càncers no especificats	30	0,2
Altres càncers urinaris	29	0,2
Altres càncers genitals masculins	25	0,2
Total	14.081	100,0

Taula 3.11a. Distribució del nombre de pacients i el percentatge per hospitals de la XHUP de la regió sanitària de Barcelona

	H. Clínic		V.H. Gen.		Sant Pau		H. Mar		Sagrat Cor		Puigvert		V.H. Mat.-inf.	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
C. bufeta	281	19,7	135	9,5	17	1,2	94	6,6	126	8,8	509	35,7	1	0,1
C. secundaris	280	21,8	302	23,5	294	22,9	143	11,1	108	8,4	28	2,2	21	1,6
C. mama	178	14,7	36	3,0	198	16,3	71	5,9	107	8,8	1	0,1	386	31,8
C. bronquis/pulmó	341	29,6	252	21,9	195	16,9	152	13,2	84	7,3	1	0,1		
C. natura inesp./incert	162	16,8	212	22,0	85	8,8	46	4,8	142	14,7			224	23,3
C. còlon	192	23,0	201	24,1	175	21,0	94	11,3	92	11,0			1	0,1
C. cap / coll	266	32,6	244	29,9	164	20,1	47	5,8	34	4,2			1	0,1
C. pròstata	120	18,2	85	12,9	8	1,2	58	8,8	68	10,3	209	31,6		
C. fetge / c.biliars	268	54,6	76	15,5	36	7,3	56	11,4	26	5,3			2	0,4
C. recte/anus	75	17,5	117	27,3	92	21,5	48	11,2	28	6,5	1	0,2	1	0,2
Quimioteràpia/radioteràpia	96	22,5	90	21,1	125	29,3	25	5,9	12	2,8			27	6,3
Altres càncers de pell	78	18,7	22	5,3	26	6,2	21	5,0	71	17,0			4	1,0
Limfones no hodgkinians	125	32,3	88	22,7	78	20,2	45	11,6	15	3,9			10	2,6
C. estómac	77	21,3	91	25,2	79	21,9	56	15,5	22	6,1	1	0,3	2	0,6
Leucèmia	126	38,7	47	14,4	60	18,4	23	7,1	6	1,8			58	17,8
C. úter	103	36,8	4	1,4	39	13,9	20	7,1	19	6,8	1	0,4	64	22,9
C. ronyó/pelvis renal	53	21,3	34	13,7	4	1,6	26	10,4	9	3,6	93	37,3	6	2,4
C. pàncrees	72	29,6	62	25,5	35	14,4	25	10,3	18	7,4				
C. cervell / s. nerviós	65	26,9	62	25,6	50	20,7	14	5,8	12	5,0			25	10,3
Altres càncers primaris	20	8,3	27	11,2	15	6,2	5	2,1	5	2,1	119	49,2	37	15,3
C. coll uterí	59	25,4	4	1,7	59	25,4	28	12,1	11	4,7			47	20,3
Melanoma	140	65,7	3	1,4	21	9,9		0,0	10	4,7				
C. òss / t.connectiu	18	10,2	18	10,2	85	48,3	3	1,7	7	4,0			8	4,5
Altres càncers GI/peritoneu	59	33,7	46	26,3	27	15,4	14	8,0	8	4,6	2	1,1	5	2,9
C. ovari	37	27,4	12	8,9	28	20,7	14	10,4	9	6,7			26	19,3
Mieloma múltiple	52	39,4	28	21,2	23	17,4	13	9,8	1	0,8				
C. esòfag	26	20,8	34	27,2	33	26,4	26	20,8	3	2,4				
C. tiroide	23	19,2	20	16,7	38	31,7	18	15,0	8	6,7	1	0,8	3	2,5
Altres càncers genitals fem	24	28,2	1	1,2	18	21,2	7	8,2	4	4,7			27	31,8
Limfoma de Hodgkin	22	31,9	16	23,2	16	23,2	7	10,1	1	1,4			3	4,3
C. testicle	7	15,2	4	8,7	5	10,9	3	6,5	2	4,3	19	41,3	1	2,2
Altres càncers resp. / intratoràccics	7	16,3	5	11,6	13	30,2	6	14,0	5	11,6				
C. no especificats	4	13,3	5	16,7	4	13,3	7	23,3	4	13,3			1	3,3
Altres càncers urinaris	4	13,8	4	13,8	2	6,9	2	6,9	1	3,4	14	48,3		
Altres càncers genitals masc.	8	32,0	2	8,0	1	4,0		0,0	3	12,0	6	24,0		
Total	3.468	24,6	2.389	17,0	2.148	15,3	1.217	8,6	1.081	7,7	1.005	7,1	991	7,0

* A l'Hospital de Traumatologia de la Vall d'Hebron hi ha emplaçat el Servei de Cirurgia Plàstica.

ciutat segons el tipus de càncer. Any 2000

Plató		Esperança		C. Roja		Sant Rafael		V.H. Traum.*		C. Maternit.		Sant Adrià		Guttman		Total
Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	
131	9,2	36	2,5	54	3,8	39	2,7							2	0,1	1.425
39	3,0	10	0,8	23	1,8	6	0,5	29	2,3	3	0,2					1.286
17	1,4	167	13,8	10	0,8	38	3,1	1	0,1	3	0,2					1.213
22	1,9	63	5,5	23	2,0	12	1,0	5	0,4	3	0,3					1.153
16	1,7	6	0,6	53	5,5	5	0,5	11	1,1					1	0,1	963
20	2,4	5	0,6	37	4,4	14	1,7			3	0,4					834
27	3,3	11	1,3	14	1,7	6	0,7	1	0,1			2	0,2			817
67	10,1	23	3,5	9	1,4	13	2,0							1	0,2	661
4	0,8	9	1,8	11	2,2	3	0,6									491
14	3,3	31	7,2	19	4,4	1	0,2			1	0,2					428
49	11,5					3	0,7									427
58	13,9	2	0,5	40	9,6	16	3,8	72	17,2			8	1,9			418
9	2,3	4	1,0	10	2,6	2	0,5	1	0,3							387
4	1,1	13	3,6	12	3,3	1	0,3	1	0,3	2	0,6					361
2	0,6	2	0,6	1	0,3	1	0,3									326
23	8,2	4	1,4	1	0,4	2	0,7									280
11	4,4	6	2,4	5	2,0	2	0,8									249
4	1,6	10	4,1	14	5,8	1	0,4			2	0,8					243
4	1,7	5	2,1	5	2,1											242
4	1,7	5	2,1	1	0,4	3	1,2			1	0,4					242
10	4,3	4	1,7			1	0,4			9	3,9					232
9	4,2	5	2,3	2	0,9			23	10,8							213
6	3,4	2	1,1			2	1,1	27	15,3							176
2	1,1	4	2,3	7	4,0	1	0,6									175
2	1,5	1	0,7	5	3,7	1	0,7									135
2	1,5	4	3,0	5	3,8	1	0,8	2	1,5	1	0,8					132
		3	2,4													125
4	3,3	4	3,3	1	0,8											120
		3	3,5							1	1,2					85
1	1,4	2	2,9	1	1,4											69
2	4,3	2	4,3	1	2,2											46
1	2,3	1	2,3	5	11,6											43
		3	10,0			1	3,3			1	3,3					30
1	3,4					1	3,4									29
				2	8,0			3	12,0							25
565	4,0	450	3,2	371	2,6	176	1,2	176	1,2	30	0,2	10	0,1	4	0,0	14.081

Taula 3.11b. Distribució del nombre de pacients i el percentatge per tipus de càncer segons els hospitals de la XHUP de la

	H. Clínic		V.H. Gen.		Sant Pau		H. Mar		Sagrat Cor		Puigvert		V.H. Mat.-inf.	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
C. bufeta	281	8,1	135	5,7	17	0,8	94	7,7	126	11,7	509	50,6	1	0,1
C. secundris	280	8,1	302	12,6	294	13,7	143	11,8	108	10,0	28	2,8	21	2,1
C. mama	178	5,1	36	1,5	198	9,2	71	5,8	107	9,9	1	0,1	386	39,0
C. bronquis/pulmó	341	9,8	252	10,5	195	9,1	152	12,5	84	7,8	1	0,1		
C. natura inesp./incert	162	4,7	212	8,9	85	4,0	46	3,8	142	13,1			224	22,6
C. còlon	192	5,5	201	8,4	175	8,1	94	7,7	92	8,5			1	0,1
C. cap/coll	266	7,7	244	10,2	164	7,6	47	3,9	34	3,1			1	0,1
C. pròstata	120	3,5	85	3,6	8	0,4	58	4,8	68	6,3	209	20,8		
C. fetge / c.biliars	268	7,7	76	3,2	36	1,7	56	4,6	26	2,4			2	0,2
C. recte/anus	75	2,2	117	4,9	92	4,3	48	3,9	28	2,6	1	0,1	1	0,1
Quimioteràpia / radioteràpia	96	2,8	90	3,8	125	5,8	25	2,1	12	1,1			27	2,7
Altres càncers de pell	78	2,2	22	0,9	26	1,2	21	1,7	71	6,6			4	0,4
Limfones no hodgkinians	125	3,6	88	3,7	78	3,6	45	3,7	15	1,4			10	1,0
C. estómac	77	2,2	91	3,8	79	3,7	56	4,6	22	2,0	1	0,1	2	0,2
Leucèmia	126	3,6	47	2,0	60	2,8	23	1,9	6	0,6			58	5,9
C. úter	103	3,0	4	0,2	39	1,8	20	1,6	19	1,8	1	0,1	64	6,5
C. ronyó/pelvis renal	53	1,5	34	1,4	4	0,2	26	2,1	9	0,8	93	9,3	6	0,6
C. pàncrees	72	2,1	62	2,6	35	1,6	25	2,1	18	1,7				
C. cervell / s.nerviós	65	1,9	62	2,6	50	2,3	14	1,2	12	1,1			25	2,5
Altres càncers primaris	20	0,6	27	1,1	15	0,7	5	0,4	5	0,5	119	11,8	37	3,7
C. coll uterí	59	1,7	4	0,2	59	2,7	28	2,3	11	1,0			47	4,7
Melanoma	140	4,0	3	0,1	21	1,0			10	0,9				
C. òss/t.connectiu	18	0,5	18	0,8	85	4,0	3	0,2	7	0,6			8	0,8
Altres càncers GI/peritoneu	59	1,7	46	1,9	27	1,3	14	1,2	8	0,7	2	0,2	5	0,5
C. ovari	37	1,1	12	0,5	28	1,3	14	1,2	9	0,8			26	2,6
Mieloma múltiple	52	1,5	28	1,2	23	1,1	13	1,1	1	0,1				
C. esòfag	26	0,7	34	1,4	33	1,5	26	2,1	3	0,3				
C. tiroide	23	0,7	20	0,8	38	1,8	18	1,5	8	0,7	1	0,1	3	0,3
Altres càncers genitals fem	24	0,7	1	0,0	18	0,8	7	0,6	4	0,4			27	2,7
Limfoma de Hodgkin	22	0,6	16	0,7	16	0,7	7	0,6	1	0,1			3	0,3
C. testicle	7	0,2	4	0,2	5	0,2	3	0,2	2	0,2	19	1,9	1	0,1
Altres càncers resp./intratoràcis	7	0,2	5	0,2	13	0,6	6	0,5	5	0,5				
C. no especificats	4	0,1	5	0,2	4	0,2	7	0,6	4	0,4			1	0,1
Altres càncers urinaris	4	0,1	4	0,2	2	0,1	2	0,2	1	0,1	14	1,4		
Altres càncers genitals masc.	8	0,2	2	0,1	1	0,0			3	0,3	6	0,6		
Total	3.468	100,0	2.389	100,0	2.148	100,0	1.217	100,0	1.081	100,0	1.005	100,0	991	100,0

* A l'Hospital de Traumatologia de la Vall d'Hebron hi ha emplaçat el Servei de Cirurgia Plàstica.

regió sanitària de Barcelona ciutat. Any 2000

Plató		Esperança		C. Roja		Sant Rafael		V.H. Traum.*		C. Maternit.		Sant Adrià		Guttman		Total
Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	
131	23,2	36	8,0	54	14,6	39	22,2							2	50,0	1.425
39	6,9	10	2,2	23	6,2	6	3,4	29	16,5	3	10,0					1.286
17	3,0	167	37,1	10	2,7	38	21,6	1	0,6	3	10,0					1.213
22	3,9	63	14,0	23	6,2	12	6,8	5	2,8	3	10,0					1.153
16	2,8	6	1,3	53	14,3	5	2,8	11	6,3					1	25,0	963
20	3,5	5	1,1	37	10,0	14	8,0			3	10,0					834
27	4,8	11	2,4	14	3,8	6	3,4	1	0,6			2	20,0			817
67	11,9	23	5,1	9	2,4	13	7,4							1	25,0	661
4	0,7	9	2,0	11	3,0	3	1,7									491
14	2,5	31	6,9	19	5,1	1	0,6			1	3,3					428
49	8,7					3	1,7									427
58	10,3	2	0,4	40	10,8	16	9,1	72	40,9			8	80,0			418
9	1,6	4	0,9	10	2,7	2	1,1	1	0,6							387
4	0,7	13	2,9	12	3,2	1	0,6	1	0,6	2	6,7					361
2	0,4	2	0,4	1	0,3	1	0,6									326
23	4,1	4	0,9	1	0,3	2	1,1									280
11	1,9	6	1,3	5	1,3	2	1,1									249
4	0,7	10	2,2	14	3,8	1	0,6			2	6,7					243
4	0,7	5	1,1	5	1,3											242
4	0,7	5	1,1	1	0,3	3	1,7			1	3,3					242
10	1,8	4	0,9			1	0,6			9	30,0					232
9	1,6	5	1,1	2	0,5			23	13,1							213
6	1,1	2	0,4			2	1,1	27	15,3							176
2	0,4	4	0,9	7	1,9	1	0,6									175
2	0,4	1	0,2	5	1,3	1	0,6									135
2	0,4	4	0,9	5	1,3	1	0,6	2	1,1	1	3,3					132
		3	0,7													125
4	0,7	4	0,9	1	0,3											120
		3	0,7							1	3,3					85
1	0,2	2	0,4	1	0,3											69
2	0,4	2	0,4	1	0,3											46
1	0,2	1	0,2	5	1,3											43
		3	0,7			1	0,6			1	3,3					30
1	0,2					1	0,6									29
				2	0,5			3	1,7							25
565	100,0	450	100,0	371	100,0	176	100,0	176	100,0	30	100,0	10	100,0	4	100,0	14.081

Taula 3.12. Distribució dels pacients ingressats per sexe i grups d'edat. Any 2000*

Categoria d'edat	Sexe				Total	
	Home		Dona			
	Nre. casos	%	Nre. casos	%	Nre. casos	%
£ 14	164	2,0	105	1,8	269	1,9
15-34	281	3,5	360	6,1	641	4,6
35-64	3.174	39,1	2.408	40,5	5.584	39,7
³ 65	4.497	55,4	3.069	51,6	7.571	53,6
Total	8.116	100,0	5.942	100,0	14.065	100,0

* En 16 casos (0,1%), se'n desconeix l'edat.

Taula 3.13. Distribució dels pacients ingressats als hospitals de la XHUP segons el grup d'edat. Any 2000*

Hospitals	Categoria d'edat				Total
	£ 14	15-34	35-64	³ 65	
Sagrat Cor	4	31	318	728	1.081
Sant Pau	36	143	1.008	961	2.148
H. del Mar	4	30	422	761	1.217
Plató		9	183	373	565
Adrià				10	10
Maternoinfantil Vall d'Hebron	218	111	401	261	991
Clínic	3	167	1.516	1.769	3.455
Creu Roja		1	99	271	371
Esperança		4	166	279	449
Puigvert	1	23	355	626	1.005
Sant Rafael		2	49	125	176
Maternitat		6	9	15	30
Guttman			2	2	4
General Vall d'Hebron		104	989	1.296	2.389
Traumatologia Vall d'Hebron	3	10	67	94	174
Total	269	641	5.584	7.571	14.065

* En 16 casos (0,1%), se'n desconeix l'edat.

Característiques demogràfiques dels pacients atesos

A la taula 3.12 podem observar que un 57,7% de les persones ingressades són homes i la resta dones, essent aquesta situació molt similar en els diferents grups d'edat, excepte en el grup de 15 a 34 anys, en què s'atenen més dones, sobretot amb motiu de la patologia mamària i de cèrvix.

Les xifres de pacients atesos s'elevan a partir dels 35 anys, i s'incrementen els valors proporcionalment en majors de 65 anys. A la taula 3.13 s'observa la distribució de pacients per hospitals, i hi destacariem que el grup minoritari, el de menys de 14 anys, ingressa fonamentalment a l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron.

Els tipus de càncers segons l'edat i el sexe es detallen a la taula 3.14, on podem observar que determinats tipus de càncer són més freqüents en un sexe que en un altre, com ara els càncers de bufeta, de pulmó o de cap i coll, que són més prevalents en el sexe masculí.

Procedència dels pacients atesos

Una tercera part dels pacients ingressats als hospitals de la XHUP tenen la seva residència fora de Barcelona, i la taula 3.15 mostra la distribució d'aquests pacients pels diferents hospitals segons la zona de residència.

La taula 3.16 mostra els tipus de càncer que afecten els pacients. Observem que per a determinats tipus de càncer, com el d'ós i teixit connectiu, el melanoma o les leucèmies, els percentatges són més alts en els pacients residents fora de Barcelona.

Analizant la procedència dels pacients no residents a Barcelona però que són atesos als hospi-

tals públics de la ciutat, observem que majoritàriament provenen de les regions sanitàries de Centre (31,5%), Costa de Ponent (21,3%) i Barcelonès Nord i Maresme (17,1%), tal com mostra la figura 3.7.

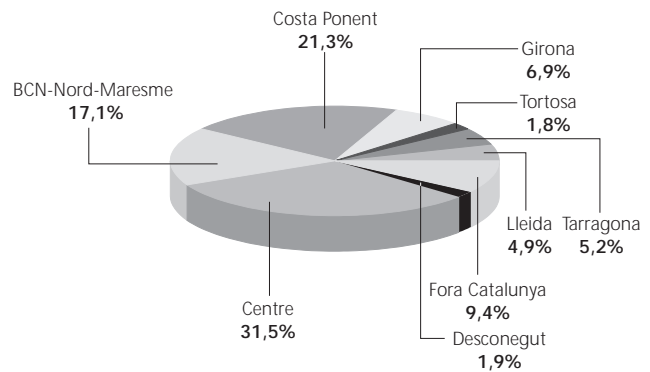
Pacients atesos als hospitals privats de Barcelona

Un baix percentatge de pacients (21,2%) ingressen en hospitals privats de Barcelona. Tal com mostra la taula 3.17, la major part de pacients ingressen a l'Hospital de Barcelona i a les clíniques Corachán, Teknon i Sagrada Família.

Cal tenir en compte que l'any 2000 s'ha produït un increment important pel que fa al nombre de centres privats que declaren el CMBDAH, i això es tradueix en un augment en la xifra absoluta de pacients ingressats als hospitals privats.

La taula 3.18 caracteritza als diferents pacients que acudeixen als hospitals privats segons el tipus d'afectació neoplàsica que presenten.

Figura 3.7. Distribució dels pacients no residents atesos als diferents hospitals de la XHUP de Barcelona segons la procedència dels pacients. Any 2000



Taula 3.14. Distribució del nombre i percentatge de pacients ingressats als hospitals de la XHUP segons l'edat i el sexe. Any 2000

	Homes									
	0-14	%	15-44	%	45-64	%	65-74	%	>75	%
C. cap/coll	2	1,2	38	6,0	373	13,2	176	6,7	94	5,0
C. esòfag			7	1,1	52	1,8	34	1,3	17	0,9
C. estómac			12	1,9	57	2,0	80	3,0	61	3,3
C. còlon			20	3,2	124	4,4	158	6,0	157	8,4
C. recte/anus			10	1,6	66	2,3	99	3,8	71	3,8
C. fetge / c.biliars	2	1,2	9	1,4	108	3,8	145	5,5	63	3,4
C. pàncrees			4	0,6	47	1,7	36	1,4	30	1,6
Altres càncers GI/peritoneu	2	1,2	4	0,6	28	1,0	31	1,2	26	1,4
C. bronquis/pulmó	1	0,6	34	5,4	376	13,3	353	13,4	210	11,3
Altres càncers resp/intrat			2	0,3	10	0,4	9	0,3	8	0,4
Càncer òss/t.connectiu	9	5,5	45	7,2	22	0,8	15	0,6	10	0,5
Melanoma			22	3,5	45	1,6	24	0,9	16	0,9
Altres càncers de pell	1	0,6	8	1,3	48	1,7	73	2,8	119	6,4
C. mama					2	0,1	3	0,1	2	0,1
C. úter										
C. coll uterí										
C. ovari										
Altres càncers genitals fem										
C. pròstata			1	0,2	221	7,8	306	11,6	133	7,1
C. testicle	2	1,2	39	6,2	5	0,2				
Altres càncers genitals masc			3	0,5	11	0,4	8	0,3	3	0,2
C. bufeta	2	1,2	31	4,9	332	11,7	443	16,8	417	22,4
C. ronyó/pelvis r.	3	1,8	15	2,4	69	2,4	64	2,4	23	1,2
Altres càncers urinaris					13	0,5	7	0,3	4	0,2
C. cervell/s.nerv.	14	8,5	22	3,5	49	1,7	29	1,1	16	0,9
C. tiroide	1	0,6	16	2,5	13	0,5	6	0,2	1	0,1
Linfoma de Hodgkin	3	1,8	21	3,3	6	0,2	4	0,2	1	0,1
Linfomes no Hodgkin	8	4,9	54	8,6	77	2,7	52	2,0	47	2,5
Leucèmia	43	26,2	44	7,0	54	1,9	31	1,2	15	0,8
Mieloma múltiple			6	1,0	32	1,1	17	0,6	16	0,9
Altres càncers primaris	17	10,4	11	1,7	50	1,8	61	2,3	30	1,6
C. secundaris			40	6,4	255	9,0	198	7,5	167	9,0
C. No especificats			2	0,3	3	0,1	4	0,2	6	0,3
C. naturalesa inesp./incert	34	20,7	71	11,3	158	5,6	123	4,7	79	4,2
Quimioteràpia/radioteràpia	20	12,2	38	6,0	121	4,3	48	1,8	21	1,1
Total	164	100,0	629	100,0	2.827	100,0	2.637	100,0	1.863	100,0

Dones											
Total	0-14	%	15-44	%	45-64	%	65-74	%	>75	%	Total
683			11	1,3	44	2,3	33	2,2	44	2,8	132
110					5	0,3	5	0,3	4	0,3	14
210			5	0,6	24	1,3	48	3,2	74	4,7	151
459			14	1,6	81	4,3	86	5,7	193	12,4	374
246			10	1,1	45	2,4	50	3,3	76	4,9	181
327			5	0,6	36	1,9	81	5,4	41	2,6	163
117			1	0,1	31	1,6	36	2,4	55	3,5	123
91	1	1,0	3	0,3	14	0,7	21	1,4	45	2,9	84
974			17	2,0	57	3,0	48	3,2	53	3,4	175
29			1	0,1	6	0,3	2	0,1	5	0,3	14
101	6	5,7	22	2,5	20	1,1	14	0,9	13	0,8	75
107			34	3,9	42	2,2	19	1,3	11	0,7	106
249			14	1,6	26	1,4	43	2,8	86	5,5	169
7			148	17,0	544	28,7	289	19,1	226	14,5	1.207
			18	2,1	101	5,3	112	7,4	48	3,1	279
	2	1,9	99	11,4	71	3,7	39	2,6	20	1,3	231
			14	1,6	56	3,0	40	2,6	25	1,6	135
	1	1,0	9	1,0	16	0,8	18	1,2	41	2,6	85
661											
46											
25											
1225			8	0,9	31	1,6	63	4,2	99	6,4	201
174	3	2,9	7	0,8	18	0,9	21	1,4	26	1,7	75
24					3	0,2	1	0,1	1	0,1	5
130	11	10,5	23	2,6	46	2,4	21	1,4	11	0,7	112
37	3	2,9	29	3,3	23	1,2	18	1,2	10	0,6	83
35	3	2,9	17	2,0	5	0,3	2	0,1	7	0,4	34
238	3	2,9	23	2,6	45	2,4	44	2,9	34	2,2	149
187	19	18,1	34	3,9	37	1,9	20	1,3	28	1,8	138
71					25	1,3	20	1,3	16	1,0	61
169	22	21,0	7	0,8	14	0,7	17	1,1	13	0,8	73
660			72	8,3	219	11,5	182	12,0	152	9,7	625
15			2	0,2	2	0,1	5	0,3	6	0,4	15
465	20	19,0	176	20,2	147	7,7	78	5,2	77	4,9	498
248	11	10,5	48	5,5	64	3,4	37	2,4	19	1,2	179
8.120	105	100	871	100,0	1.898	100,0	1.513	100,0	1.559	100,0	5.946

Taula 3.15. Distribució dels pacients ingressats als hospitals de la XHUP segons la procedència. Any 2000

Hospitals	Residents a Barcelona		No residents a Barcelona		Total Pacients
	Pacients	%	Pacients	%	
Clinic	2.167	62,5	1.301	37,5	3.468
General Vall d'Hebron	1.581	66,2	808	33,8	2.389
Sant Pau	1.295	60,3	853	39,7	2.148
H. del Mar	1.020	83,8	197	16,2	1.217
Sagrat Cor	636	58,8	445	41,2	1.081
Puigvert	602	59,9	403	40,1	1.005
Maternoinfantil Vall d'Hebron	635	64,1	356	35,9	991
Clinica Plató	375	66,4	190	33,6	565
Esperança	416	92,4	34	7,6	450
Creu Roja	308	83,0	63	17,0	371
Sant Rafael	146	83,0	30	17,0	176
Traumatologia Vall d'Hebron	121	68,8	55	31,3	176
Maternitat	22	73,3	8	26,7	30
Adrià	9	90,0	1	10,0	10
Guttman	1	25,0	3	75,0	4
Total	9.334	66,3	4.747	33,7	14.081

Taula 3.16. Distribució dels pacients per tipus de càncer segons la procedència. Any 2000

	Residents a Barcelona		No residents a Barcelona		Total Pacients
	Pacients	%	Pacients	%	
C. bufeta	993	69,7	432	30,3	1.425
C. secundaris	833	64,8	453	35,2	1.286
C. mama	930	76,7	283	23,3	1.213
C. bronquis/pulmó	856	74,2	297	25,8	1.153
C. de natura inespecífica/incerta	627	65,1	336	34,9	963
C. còlon	694	83,2	140	16,8	834
C. cap/coll	419	51,3	398	48,7	817
C. pròstata	452	68,4	209	31,6	661
C. fetge / c. biliars	291	59,3	200	40,7	491
C. recte/anus	338	79,0	90	21,0	428
Quimioteràpia/radioteràpia	225	52,7	202	47,3	427
Altres càncers pell	295	70,6	123	29,4	418
Limfomes no hodgkinians	242	62,5	145	37,5	387
C. estómac	277	76,7	84	23,3	361
Leucèmia	151	46,3	175	53,7	326
C. úter	188	67,1	92	32,9	280
C. ronyó / pelvis renal	155	62,2	94	37,8	249
C. pàncrees	174	71,6	69	28,4	243
C. cervell / sistema nerviós	128	52,9	114	47,1	242
Altres càncers primaris	109	45,0	133	55,0	242
C. coll uteri	145	62,5	87	37,5	232
Melanoma	98	46,0	115	54,0	213
C. os / teixit connectiu	67	38,1	109	61,9	176
Altres càncers gastroint./periton.	118	67,4	57	32,6	175
C. ovari	95	70,4	40	29,6	135
Mieloma múltiple	82	62,1	50	37,9	132
C. esòfag	82	65,6	43	34,4	125
C. tiroide	76	63,3	44	36,7	120
Altres càncers genitals femenins	55	64,7	30	35,3	85
Limfoma de Hodgkin	37	53,6	32	46,4	69
C. testicle	21	45,7	25	54,3	46
Altres càncers respir./intratoràc.	25	58,1	18	41,9	43
Càncers no especificats	26	86,7	4	13,3	30
Altres càncers urinaris	15	51,7	14	48,3	29
Altres càncers genitals masculins	15	60,0	10	40,0	25
Total	9.334	66,3	4.747	33,7	14.081

Taula 3.17. Distribució de pacients atesos als hospitals privats de Barcelona, segons la zona de residència dels pacients. Any 2000

Hospitals	Residents a Barcelona		Residents fora de Barcelona		Residència desconeguda		Total
	Pacients	%	Pacients	%	Pacients	%	
H. de Barcelona	667	62,0	374	34,8	35	3,3	1.076
C. Corachán	467	67,1	223	32,0	6	0,9	696
Teknon	9	1,4	107	16,4	537	82,2	653
Sagrada Família	381	61,2	237	38,0	5	0,8	623
C. Tres Torres	37	14,4	122	47,5	98	38,2	257
Delfos			5	2,1	228	97,9	233
Dexeus	82	39,4	112	53,8	14	6,7	208
FIATC	26	61,9	16	38,1			42
Barraquer	1	6,3	15	93,8			16
Total	1.670	43,9	1.211	31,8	923	24,3	3.804

Taula 3.18. Distribució de pacients atesos als hospitals privats de Barcelona, segons el tipus de càncer i la zona de residència. Any 2000

	Barcelona		Residents fora		Residència desconeguda		Total
	Pacients	%	Pacients	%	Pacients	%	
C. mama	304	51,4	199	33,6	89	15,0	592
C. natura inesp./incerta	104	22,4	117	25,2	244	52,5	465
C. bufeta	187	51,5	114	31,4	62	17,1	363
C. còlon	178	55,3	89	27,6	55	17,1	322
C. pròstata	112	53,1	52	24,6	47	22,3	211
C. recte/anus	64	35,4	72	39,8	45	24,9	181
C. bronquis/pulmó	72	40,7	61	34,5	44	24,9	177
C. secundaris	64	38,6	46	28,3	53	33,1	163
C. cap/coll	53	44,5	41	34,5	25	21,0	119
C. úter	45	47,9	40	42,6	9	9,6	94
Quimioteràpia/radioteràpia	37	40,7	40	44,0	14	15,4	91
C. cervell / sistema nerviós	29	36,3	31	38,8	20	25,0	80
Altres càncers pell	45	57,0	23	29,1	11	13,9	79
C. pàncrees	37	50,7	24	32,9	12	16,4	73
C. ovari	31	43,1	27	37,5	14	19,4	72
C. ronyó / pelvis renal	29	40,8	21	29,6	21	29,6	71
C. coll uterí	39	55,7	20	28,6	11	15,7	70
C. fetge / c. biliars	35	52,2	21	31,3	11	16,4	67
Limfomes no hodgkinians	42	62,7	20	29,9	5	7,5	67
C. estómac	20	34,5	22	37,9	16	27,6	58
C. os / teixit connectiu	31	60,8	12	23,5	8	15,7	51
Leucèmia	14	31,1	18	40,0	13	28,9	45
Altres càncers primaris	13	28,9	25	55,6	7	15,6	45
Altres c. gastroint./perit.	20	45,5	11	25,0	13	29,5	44
Càncers no especificats	6	16,2	4	10,8	27	73,0	37
C. tiroide	6	19,4	13	41,9	12	38,7	31
C. esòfag	11	39,3	8	28,6	9	32,1	28
Melanoma	9	37,5	13	54,2	2	8,3	24
Mieloma múltiple	10	50,0	6	30,0	4	20,0	20
C. testicle	6	35,3	3	17,6	8	47,1	17
Altres c. genitals femenins	5	31,3	9	56,3	2	12,5	16
Altres càncers urinaris	4	40,0	3	30,0	3	30,0	10
Limfoma de Hodgkin	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8
Altres c. genitals masculins	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7
Altres c. respirat./intrat.	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6
Total	1.670	43,9	1.211	31,8	923	24,3	3.804

Pacients residents a Barcelona atesos a hospitals públics de fora de la regió sanitària de Barcelona Ciutat

Una petita proporció de pacients residents a Barcelona són atesos a hospitals de fora de la ciutat, un 73% dels quals ingressen als Hospitals de Bellvitge, Can Ruti i a l'Institut Català d'Oncologia (ICO) (taula 3.19).

Taula 3.19. Distribució de pacients residents a Barcelona atesos a hospitals públics d'una altra regió sanitària. Any 2000

Hospitals	Pacients	%
Bellvitge	228	35,8
Institut Català d'Oncologia	142	22,3
Can Ruti	95	14,9
Sant Joan de Déu	43	6,8
Creu Roja Hospitalet	33	5,2
Mútua Terrassa	23	3,6
Esperit Sant (Santa Coloma de G.)	16	2,5
Parc Taulí	8	1,3
Hospital Terrassa	7	1,1
Altres	42	6,6
Total	637	100,0

Els tipus de càncer que presenten els malalts ingressats a hospitals d'altres regions sanitàries es mostra a la taula 3.20, els més freqüents dels quals són els de mama, de pulmó i de bufeta.

Taula 3.20. Distribució de tipus de càncer en pacients residents a Barcelona atesos a hospitals públics d'una altra regió sanitària. Any 2000

	Núm. de pacients	%
C. mama	72	11,3
C. bronquis/pulmó	45	7,1
C. bufeta	42	6,6
C. secundaris	41	6,4
C. còlon	37	5,8
C. cap/coll	32	5,0
Quimioteràpia/radioteràpia	32	5,0
C. pròstata	28	4,4
C. cervell / sistema nerviós	23	3,6
C. recte/anus	22	3,5
Altres càncers primaris	22	3,5
C. coll uteri	21	3,3
C. de natura inespecífica/incerta	21	3,3
Altres càncers pell	19	3,0
Limfomes no hodgkinians	19	3,0
C. estómac	18	2,8
C. fetge / c. biliars	17	2,7
Melanoma	14	2,2
C. os / teixit connectiu	13	2,0
C. úter	13	2,0
C. esòfag	11	1,7
C. pàncrees	11	1,7
Meloma múltiple	10	1,6
C. ovari	9	1,4
C. ronyó / pelvis renal	9	1,4
Leucèmia	8	1,3
Altres	28	4,4
Total	637	100,0

Taula 3.21. Taxes d'hospitalització (XHUP) per càncers distribuïda segons l'edat i el sexe en la població resident a Barcelona. Anys 1999-2000

Tipus de càncers	Homes					Dones				
	£ 14	15-34	35-64	³ 65	Total	£ 14	15-34	35-64	³ 65	Total
C. de cap i coll		0,02	0,73	1,30	0,51		0,01	0,09	0,28	0,11
C. esòfag			0,17	0,33	0,12			0,01	0,04	0,02
C. estómac		0,01	0,17	1,10	0,26			0,06	0,52	0,15
C. còlon		0,01	0,38	2,28	0,54		0,01	0,27	1,35	0,43
C. recte i anus			0,25	1,31	0,32			0,14	0,67	0,21
C. fetge i c. biliars			0,21	1,15	0,28			0,05	0,40	0,11
C. pàncrees			0,11	0,48	0,12			0,05	0,36	0,11
C. altres òrgans GI i peritoneu			0,07	0,35	0,09			0,05	0,31	0,09
C. bronquis i pulmó		0,02	1,03	3,97	1,08		0,01	0,16	0,38	0,16
C. altres òrg. resp. i intratoràcics			0,01	0,13	0,03				0,03	0,01
C. os i teixit connectiu	0,06	0,05	0,05	0,11	0,06	0,05	0,02	0,03	0,10	0,05
Melanoma		0,01	0,08	0,18	0,07	0,01	0,03	0,09	0,09	0,07
Altres càncers de pell		0,01	0,13	1,13	0,24	0,01	0,00	0,09	0,59	0,18
C. de mama			0,01	0,04	0,01	0,01	0,09	1,65	2,17	1,18
C. úter							0,01	0,24	0,62	0,24
C. coll uterí							0,12	0,33	0,26	0,22
C. ovari							0,02	0,15	0,24	0,12
C. altres òrg. genitals femenins						0,01	0,01	0,04	0,22	0,07
C. pròstata	0,01		0,51	2,72	0,66					
C. testicle	0,01	0,07	0,03	0,01	0,04					
C. altres òrg. genitals masculins			0,03	0,06	0,02					
C. bufeta	0,01		0,88	5,40	1,26		0,01	0,08	0,69	0,20
C. ronyó i pelvis renal	0,01	0,01	0,15	0,59	0,16	0,02		0,05	0,17	0,06
C. altres òrgans urinaris			0,03	0,08	0,02				0,01	
C. cervell i sistema nerviós	0,05	0,05	0,14	0,27	0,12	0,03	0,03	0,11	0,15	0,09
C. tiroide		0,02	0,04	0,05	0,03		0,05	0,09	0,09	0,07
Limfoma de Hodgkin	0,02	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,03	0,03
Limfoma no hodgkinia	0,02	0,05	0,20	0,62	0,20	0,01	0,02	0,10	0,33	0,13
Leucèmia	0,10	0,04	0,12	0,28	0,12	0,06	0,04	0,08	0,20	0,10
Mieloma múltiple	0,00		0,07	0,27	0,08			0,06	0,18	0,07
Altres càncers primaris	0,07	0,02	0,15	0,51	0,16	0,02	0,01	0,03	0,12	0,05
C. malignes secundaris		0,04	0,66	2,41	0,68	0,01	0,03	0,54	1,41	0,55
C. de localitz. inespecificada			0,01	0,13	0,03			0,02	0,07	0,02
C. inesp. o de comport. incert	0,16	0,11	0,39	1,23	0,42	0,10	0,31	0,44	0,62	0,41
Quimioteràpia i radioteràpia	0,08	0,05	0,31	0,44	0,22	0,02	0,03	0,20	0,24	0,15
Totals	0,58	0,64	7,14	28,98	7,96	0,37	0,88	5,35	12,95	5,42

Taxa d'hospitalització per cada 1.000 habitants de cada grup d'edat i sexe. Població de la regió sanitària de Barcelona ciutat. Padró del 1996.

b) Taxes d'hospitalització per càncer

La taula 3.21 sintetitza les taxes (*t*) d'hospitalització per cada 1.000 habitants a la xarxa pública per als pacients residents a Barcelona amb diagnòstic de càncer. S'observen taxes globals superiors en els homes ($t = 7,96$) que en les dones ($t = 5,42$), i destaquen per ordre de freqüència les hospitalitzacions per càncers de bufeta ($t = 1,26$) i de bronquis i pulmó ($t = 1,08$) en el sexe masculí, mentre que en el sexe femení les taxes més altes es localitzen en els càncers de mama ($t = 1,18$).

El grup poblacional més jove gairebé no presenta hospitalitzacions per càncer, i mostra unes ta-

xes realment baixes. En la població de 35 a 64 anys ja comencen a augmentar les hospitalitzacions, amb taxes d'1,03 per càncer de bronquis i pulmó en els homes, i d'1,65 per càncer de mama en les dones.

L'increment més important es produeix en el grup de majors de 65 anys, on la variació de taxes globals per sexe es considerable: $t = 28,98$ en els homes, *versus* $t = 12,95$ en les dones. Cal destacar les elevades xifres d'hospitalització per càncer de bufeta ($t = 5,4$), de bronquis i pulmó ($t = 4$), de pròstata ($t = 2,7$), secundaris ($t = 2,4$) i de còlon ($t = 2,3$) en els homes, mentre que en les dones els valors més alts pertanyen als càncers de mama ($t = 2,2$), els secundaris ($t = 1,3$) i els de còlon ($t = 1,4$), sense arribar a valors tan elevats com els que es donen en el sexe masculí.

c) Altes amb diagnòstic principal de quimioteràpia o radioteràpia

En els casos en què apareix com a diagnòstic principal al CMBDAH altes per quimioteràpia-radioteràpia, s'ha recuperat més informació a partir del segon diagnòstic. En el 95% dels casos s'ha identificat el tipus de càncer pel fet que reben tractament quimioteràpic-radioteràpic, tal com mostren les taules 3.22 i 3.23.

Taula 3.22. Diagnòstic específic en les altes generades per rebre tractament quimioteràpic-radioteràpic. Any 2000

	Percentatge	Percentatge acumulat
C. teixit limfàtic i hematopoètic	21,5	21,5
C. altres llocs i de llocs no especificats	16,6	38,1
C. os, teixit connectiu, pell i mama	16,5	54,6
C. òrgans digestius i peritoneu	16,3	70,9
C. òrgans genitourinaris	9,1	80,0
C. òrgans respiratoris i intratoràcics	8,0	87,9
C. llavi, cavitat oral i faringe	7,6	95,5
Altres	4,5	100,0

Taula 3.23. Diagnòstic específic en pacients que ingressen per rebre tractament quimioteràpic-radioteràpic. Any 2000

	Percentatge	Percentatge acumulat
C. altres llocs i de llocs no especificats	21,9	21,9
C. teixit limfàtic i hematopoètic	17,1	39,0
C. òrgans digestius i peritoneu	13,9	53,0
C. llavi, cavitat oral i faringe	13,4	66,4
C. os, teixit connectiu, pell i mama	12,6	79,0
C. òrgans respiratoris i intratoràcics	9,3	88,3
C. òrgans genitourinaris	6,5	94,8
Altres	5,2	100,0

d) Pacients en edat pediàtrica

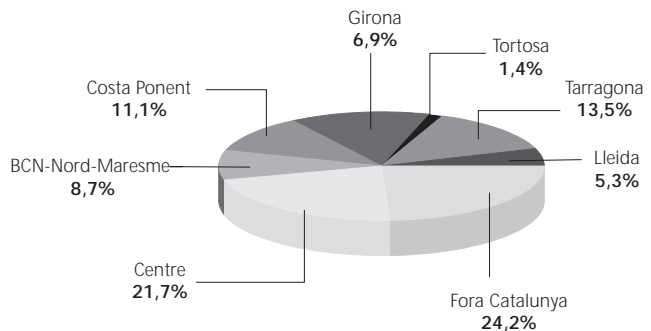
Durant l'any 2000, es van atendre 269 pacients menors de quinze anys als hospitals de la XHUP de Barcelona amb diagnòstic de càncer. La majoria van ingressar a l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, i tant sols un 23% dels pacients pediàtrics residien a la mateixa regió sanitària (taula 3.24).

A la figura 3.8 podem observar la procedència dels pacients atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona que no resideixen a la ciutat, quasi una quarta part dels quals provenen de fora de Catalunya.

Els tipus de càncer que presenten els pacients pediàtrics es mostra a la taula 3.25.

Cal fer ressaltar que una part considerable de pacients pediàtrics residents a Barcelona que acudeixen a l'Hospital Clínic són atesos a l'Hospital Sant Joan de Déu. En total, són 25, i els diferents tipus de càncer que presenten es poden observar a la taula 3.26.

Figura 3.8. Procedència dels pacients en edat pediàtrica no residents a Barcelona atesos als hospitals públics de la ciutat. Any 2000



Considerant el conjunt de pacients residents a Barcelona, dues terceres parts són atesos en hospitals de la XHUP de la mateixa regió sanitària, Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron i Hospital de Sant Pau; quasi una tercera part són atesos en hospitals de la regió sanitària de Costa de Ponent, Hospital de Sant Joan de Déu, i un baix percentatge a hospitals privats, tal com mostra la figura 3.9.

A la taula 3.27 es presenta un resum dels pacients pediàtrics residents a Barcelona que acudeixen a qualsevol hospital de la xarxa pública.

Taula 3.24. Distribució dels pacients en edat pediàtrica atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona segons el lloc de residència. Any 2000

Hospitals	Residents fora de Barcelona		Residents a Barcelona		Total	
	Pacients	%	Pacients	%	Pacients	%
Maternoinfantil Vall d'Hebron	176	80,7	42	19,3	218	100,0
Sant Pau	24	66,7	12	33,3	36	100,0
Sagrat Cor	1	25,0	3	75,0	4	100,0
H. del Mar			4	100,0	4	100,0
Clinic	3	100,0			3	100,0
Trauma. Vall d'Hebron	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Puigvert	1	100,0			1	100,0
Total	207	77,0	62	23,0	269	100,0

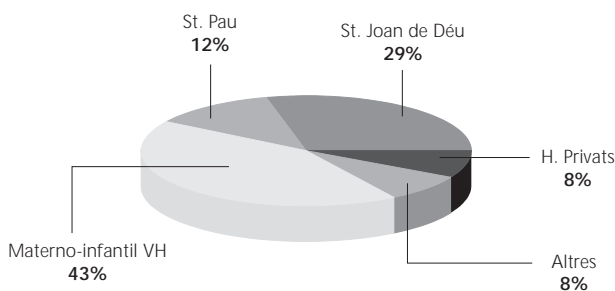
Taula 3.25. Distribució dels pacients en edat pediàtrica atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona segons tipus de càncer i zona de residència. Any 2000

	Residents fora de Barcelona		Residents a Barcelona		Total	
	Pacients	%	Pacients	%	Pacients	%
Leucèmia	51	82,3	11	17,7	62	100,0
C. de natura inesp./incerta	34	63,0	20	37,0	54	100,0
Altres càncers primaris	35	89,7	4	10,3	39	100,0
Quimioteràpia/radioteràpia	22	71,0	9	29,0	31	100,0
C. cervell / sistema nerviós	22	88,0	3	12,0	25	100,0
C. os / teixit connectiu	10	66,7	5	33,3	15	100,0
Limfomes no hodgkinians	7	63,6	4	36,4	11	100,0
C. ronyó / pelvis renal	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Limfoma de Hodgkin	3	50,0	3	50,0	6	100,0
C. tiroide	4	100,0			4	100,0
Altres càncers gastroint./periton.	3	100,0			3	100,0
C. cap/coll	2	100,0			2	100,0
C. fetge / c. biliars	2	100,0			2	100,0
C. coll uterí	2	100,0			2	100,0
C. testicle	2	100,0			2	100,0
C. bufeta	1	50,0	1	50,0	2	100,0
C. bronquis/pulmó	1	100,0			1	100,0
Altres càncers pell	1	100,0			1	100,0
Altres càncers genitals femenins			1	100,0	1	100,0
Total	207	77,0	62	23,0	269	100,0

Taula 3.26. Distribució dels pacients en edat pediàtrica residents a Barcelona atesos en hospitals públics d'una altra regió sanitària. Any 2000

	Sant Joan de Déu	
	Pacients	%
C. de natura inespecífica/incerta	8	100,0
C. os / teixit connectiu	5	100,0
C. cervell / sistema nerviós	5	100,0
Leucèmia	5	100,0
Limfoma de Hodgkin	1	100,0
Altres càncers primaris	1	100,0
Total	25	100,0

Figura 3.9. Distribució dels pacients en edat pediàtrica residents a Barcelona atesos als diferents hospitals de Catalunya. Any 2000



Taula 3.27. Distribució dels pacients en edat pediàtrica residents a Barcelona atesos en hospitals de la xarxa pública. Any 2000

		Pacients	Percentatge
XHUP-RSBC	Maternoinfantil Vall d'Hebron	42	48,3
	Sant Pau	12	13,8
	Sagrat Cor	3	3,4
	H. del Mar	4	4,6
	Clínic	0	0,0
	Trauma. Vall d'Hebron	1	1,1
XHUP d'una altra RS	Puigvert	0	0,0
	Sant Joan de Déu	25	28,7
Total		87	100,0

3.3.2. Radioteràpia als hospitals de la XHUP de Barcelona

El sistema d'informació del Servei de Prevenció i Control del Càncer de l'Institut Català d'Oncologia facilita informació, basada en dades de facturació de l'any 1999, sobre els tractaments radioteràpics provinents dels hospitals de la Xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) de la regió sanitària de Barcelona (RSBC), tant pel que fa a pacients residents a la ciutat, com als que provenen de fora.

Cal tenir en compte que els hospitals on es desenvolupa tota l'activitat radioteràpica d'aquesta regió són l'Hospital de Sant Pau, l'Hospital Clínic, l'Hospital de la Vall d'Hebron i l'Institut Policlínic Plató.

a) Descripció general

Un 53,2% dels pacients sotmesos a tractament radioteràpic són homes, i la resta dones. L'edat mitjana dels pacients atesos és de 62 anys (DE = 15,3), amb una mediana de 65 anys. Tan sols tenim un 1,7% de pacients menors de 15 anys. La majoria de tractaments són aplicats a pacients amb tumors primaris (78,9%), mentre que un 20,6% es deuen a tumors metastàsics, tal com mostra la figura 3.10.

Els pacients sotmesos a tractament, provenen en la majoria dels casos (92,7%) de la província de Barcelona, tal com es detalla a la figura 3.11.

Figura 3.10. Distribució percentual del tractament radioteràpic segons la localització tumoral

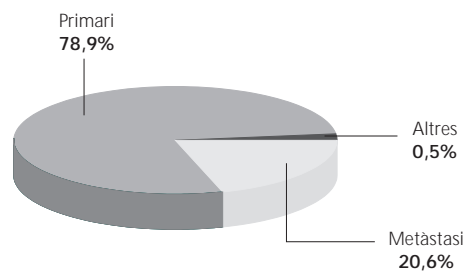
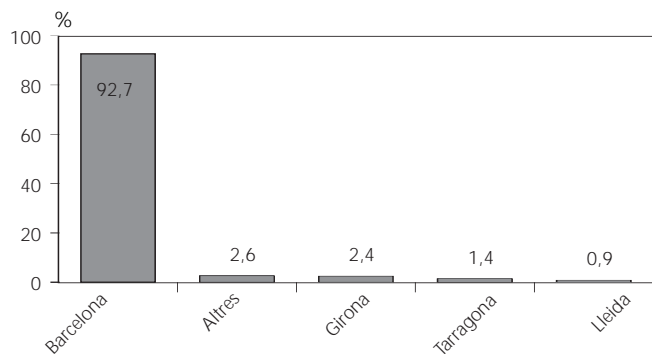


Figura 3.11. Distribució percentual de la zona de procedència dels pacients atesos als hospitals públics de Barcelona.



Els diferents tipus de càncers amb tractament radioteràpic es detallen a la taula 3.28, on destaquen els càncers de mama (26,4%), de tràquea, de bronquis i pulmó (13,8%), i de pròstata (11,2%).

Cal destacar que en aquest apartat i al següent s'ha exclòs la braquiteràpia i el nivell de complexitat zero.

b) Característiques del tractament

En el 97,6% dels casos, no s'ha aplicat cap tècnica especial de tractament en els pacients atesos. Els aparells utilitzats més sovint són els acceleradors de fotons i els aparells de cobaltoteràpia: en un 47,6% i 37,2% dels casos, respectivament, tal com mostra la figura 3.12.

La majoria de pacients tractats (42,1%) presenten un alt nivell de complexitat (grau 3), tal com es sintetitza a la figura 3.13.

En els tractaments radioteràpics, de vegades el tractament s'aplica amb finalitats curatives, mentre que en altres ocasions l'aplicació és paliativa. Les taules 3.29 i 3.30 mostren el tipus de càncer, el nombre de sessions i el grau de complexitat que presenten els pacients tractats.

Cal assenyalar que a les taules 3.29 i 3.30 s'han exclòs els pacients que han sofert interrupció del tractament.

Taula 3.28. Distribució de pacients (en nombre i percentatge) segons el tipus de càncer atesos als hospitals públics de Barcelona

Tipus de càncer	Nre.	%
Cap i coll	537	9,6
Còlon i recte	389	6,9
Altres digestius	161	2,9
Tràquea, bronquis i pulmó	774	13,8
Pell	228	4,1
Mama	1.479	26,4
Altres d'os i teixit connectiu	91	1,6
Úter	278	5
Pròstata	630	11,2
Bufeta urinària	136	2,4
SNC	149	2,7
Limfoma de Hodgkin	67	1,2
Limfoma no hodgkinià	51	0,9
Altres hemat.	249	4,4
N. secundàries	73	1,3
Altres	318	5,7
Total de casos en què es coneix el tipus de càncer	5.610	99,5
Càncer desconegut	26	0,5
Total	5.636	100

Figura 3.12. Distribució percentual dels aparells utilitzats en el tractament radioteràpic

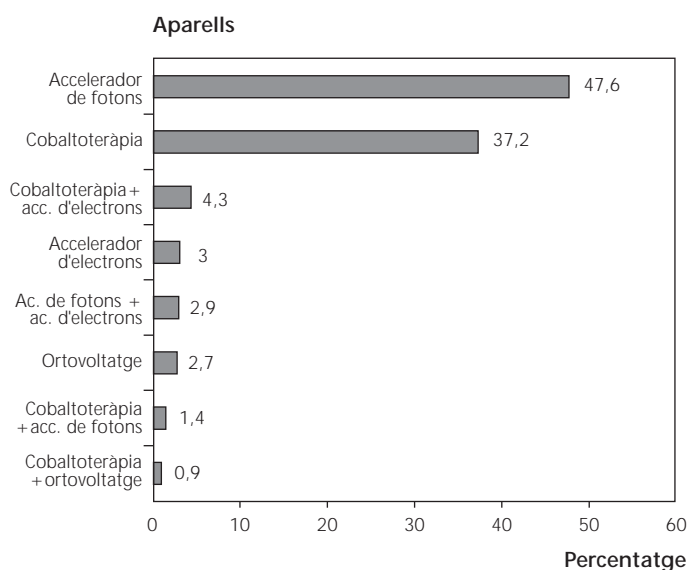
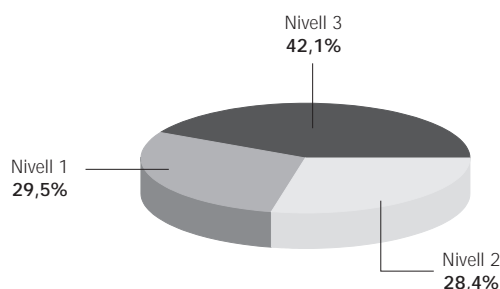


Figura 3.13. Distribució percentual del nivell de complexitat



Taula 3.29. Distribució del tractament amb intenció curativa, segons el tipus de diagnòstic per pacient, el percentatge de sessions i el grau de complexitat en pacients atesos als hospitals públics de Barcelona

Diagnòstic	Pacients	Sessions	Complexitat		
			1	2	3
Cap i coll	472	31,8	8,5	31,1	60,4
Còlon i recte	294	33,2	17,0	67,5	15,5
Altres digestius	100	24,1	13,4	58,5	28,0
Tràquea, bronquis i pulmó	439	23,3	25,9	40,9	33,2
Pell	200	11,7	85,2	11,1	3,7
Mama	1.148	29,9	12,1	52,0	35,9
Alt. os i teixit connectiu	71	25,5	20,5	45,8	33,7
Úter	251	31,3	10,7	71,2	18,0
Pròstata	498	42,3	4,2	43,8	52,0
Bufeta urinària	82	35,1	24,4	48,0	27,6
SNC	133	26,3	9,6	51,1	39,3
Limfoma de Hodgkin	62	17,7	15,4	18,5	66,2
Limfoma no hodgkinià	42	24,5	15,4	38,5	46,2
Altres hemat.	201	11,7	36,0	20,1	43,9
N. secundàries	16	14,5	65,2	21,7	13,0
Altres càncers malignes	155	22,6	23,1	37,5	39,4
Total	4.182	28,6	16,8	32,1	51,1

Taula 3.30. Distribució del tractament amb intenció pal·liativa, segons el tipus de diagnòstic per pacients, el percentatge de sessions i el grau de complexitat en pacients atesos als hospitals públics de Barcelona

Diagnòstic	Pacients	Sessions	Complexitat		
			1	2	3
Cap i coll	18	14,8	65,0	25,0	10,0
Còlon i recte	54	8,9	78,0	20,0	2,0
Altres digestius	43	8,2	78,8	9,1	12,1
Tràquea, bronquis i pulmó	253	8,0	87,1	8,6	4,3
Pell	22	10,8	77,8	18,5	3,7
Mama	280	10,7	72,2	23,5	4,2
Alt. os i teixit connectiu	15	12,1	78,6	7,1	14,3
Úter	10	16,1	50,0	28,6	21,4
Pròstata	99	7,3	77,6	12,1	10,3
Bufeta urinària	34	7,2	86,8	13,2	0,0
SNC	10	10,3	80,8	11,5	7,7
Limfoma de Hodgkin	1	17,0	100,0	0,0	0,0
Limfoma no hodgkinià	2	9,1	88,4	11,1	0,0
Altres hemat.	35	8,9	84,1	2,3	13,6
N. secundàries	52	9,1	88,7	9,8	1,5
Altres càncers malignes	137	7,8	87,1	9,5	3,4
Total	1.071	9,2	80,4	14,3	5,3

3.4. Bibliografia

Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública i Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Barcelona Ciutat (1994). Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1993-1995. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut i Ajuntament de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública i Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Barcelona Ciutat (1997). Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut i Ajuntament de Barcelona.

Consorci Sanitari de Barcelona i Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública (2000). Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut i Ajuntament de Barcelona.

Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives als contractes: atenció primària de salut, 1995-1998 [document no publicat].

Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives als contractes: amb els PADES i els equips d'atenció primària, 1997-2000 [document no publicat].

Consorci Sanitari de Barcelona. Anàlisi del temps d'espera del Programa sanitari d'atenció a la dona, 2001 [document no publicat].

Consorci Sanitari de Barcelona (2001). Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona. Documentació de suport per a les associacions civiques i institucions no sanitàries. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona.

Consorci Sanitari de Barcelona (2001). Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona. Documentació de suport per als professionals de l'atenció primària, l'atenció especialitzada extrahospitalària i altres agents de salut. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1991). Document marc per

a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1993). Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut (1996). Programa de detecció precoç del càncer de mama. Àmbit territorial de Ciutat Vella i Sant Martí. Barcelona: Regió Sanitària Barcelona Ciutat.

Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut (2000). Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH). Explotació anual. Barcelona, 2000.

Institut Municipal de Salut Pública (en premsa). Mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona, 1999. Barcelona: IMSP, Estadístiques de Salut.

MEDINA C, CASTELLS X, PLASÈNCIA A I CIURANA R. Elementos del análisis de situación previo a la implementación de un programa de cribaje de cáncer de mama: El ejemplo de la Región Sanitaria de Barcelona. VI Congreso de la SESPAS/XII Reunión Científica de la SEE. Gac Sanit 1995;9(5):112.

MEDINA C I GUARGA A. Extensión territorial de un programa de detección precoz de cáncer de mama. Estudio de priorización. 1er Congreso de detección precoz del cáncer de mama. Cádiz 9-11 de diciembre 1998.

MEDINA C, MÉNDEZ E, BAYÉS R, CASAMITJANA M I COLLET I. Percepciones y expectativas de las mujeres en relación a un programa de cribaje de cáncer de mama. 1er Congreso de detección precoz del cáncer de mama. Cádiz 9-11 de diciembre 1998.

MEDINA C. PUJOL E I IGLESIAS C. Intervención del Médico de Atención Primaria para mejorar la recaptación de mujeres no participantes en un programa de detección precoz de cáncer de mama. 1er Congreso de detección precoz del cáncer de mama. Cádiz 9-11 de diciembre 1998.

MEDINA C, ROMEA S, GIL M I GUARGA A. Una aproximación al análisis de la morbilidad hospitalaria por cáncer de mama en la población femenina de la población de Barcelona (1990-1993). Calidad de los registros. VI Congreso de la SESPAS/XII Reunión Científica de la SEE. Gac Sanit 1995;9(5):112.

PASCUAL L, PÉREZ N, SÁNCHEZ M Y TORRUBIA P. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Aten Primaria 2001; 27 (2): 123-126.

CAPÍTOL 4

ELS DETERMINANTS DEL CÀNCER

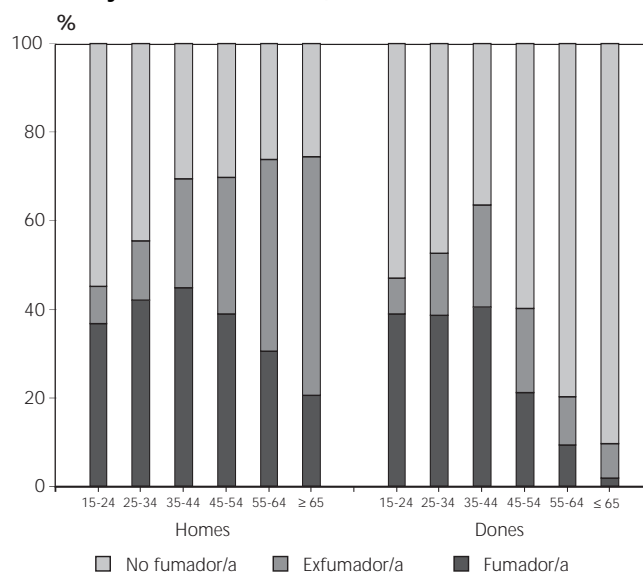
En aquest capítol es descriuen alguns determinants del càncer com el consum de tabac i d'alcohol a la ciutat de Barcelona, tant per a l'any 2000 com per a anys anteriors quan es disposa de dades. A més, es comparen les nostres dades amb les d'altres països de la Unió Europea. Així mateix, es descriu la realització de pràctiques preventives en ginecologia destinades a la detecció precoç del càncer (citologia i mamografia). Les dades que es descriuen per a la ciutat de Barcelona s'han obtingut de les enquestes de salut de Barcelona (ESB) fetes els anys 1983, 1986, 1992 i 2000, i també de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) del 1994.

4.1. El consum de tabac

L'any 2000, un 35,3% dels homes i un 23% de les dones de 15 anys i més es declaren consumidors habituals de tabac. La distribució per edat i sexe consta a la figura 4.1. En el grup de 15 a 24 anys fumen un 36,7% dels nois i un 38,9% de les noies, essent l'únic grup d'edat en què les dones fumen més que els homes. El grup d'edat on hi ha més fumadors és el de 35 a 44 anys. En les dones, el consum disminueix a partir dels 45 anys. Sobretot en el cas dels homes, el percentatge d'exfumadors augmenta en augmentar l'edat.

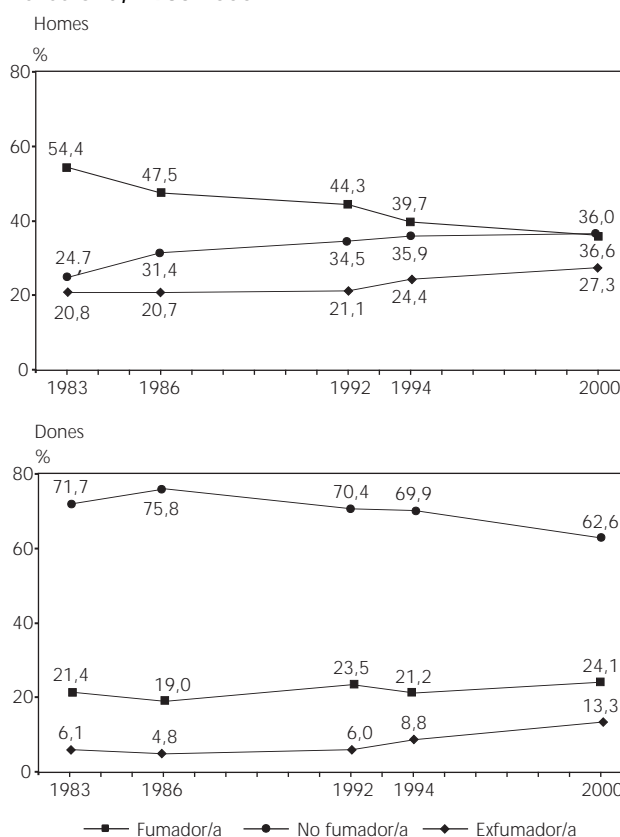
A les figures 4.2 i 4.3 es mostra l'evolució del consum de tabac a Barcelona. Quan tenim en compte els percentatges estandaritzats per edat, en els homes el consum disminueix des d'un 54% a un 36%, i augmenta tant el percentatge de no fumadors com el d'exfumadors. En les dones, el consum augmenta del 21,4 al 24,2%, i disminueixen les no fumadores i augmenten les exfumadores (figura 4.2).

Figura 4.1. Consum de tabac segons edat i sexe. Persones de 15 anys i més. Barcelona, 2000



Font: ESB 2000.

Figura 4.2. Evolució de l'hàbit tabàquic en la població de 15 anys i més. Percentatges estandaritzats per edat. Barcelona, 1983-2000



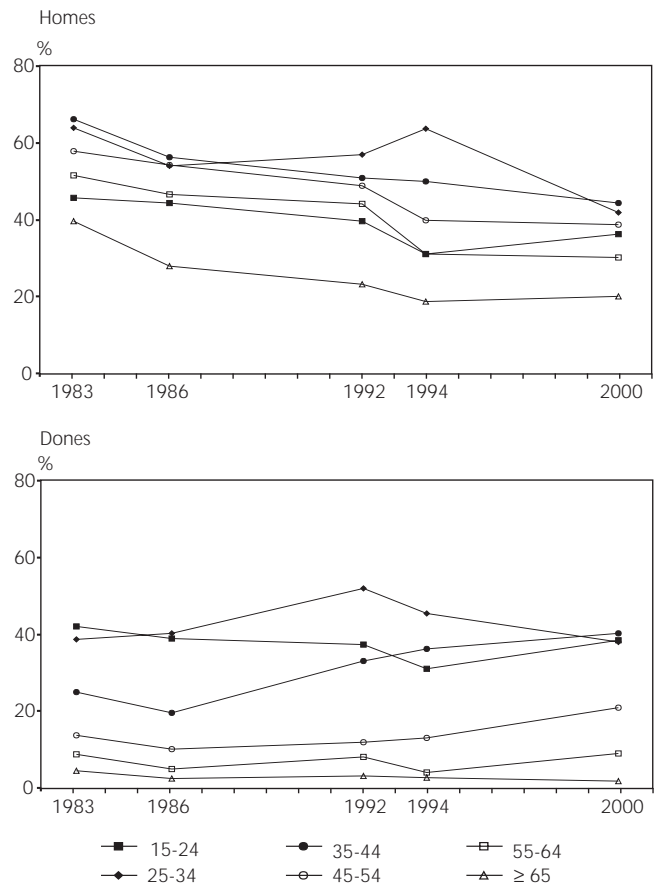
L'any 1986 fa referència a la població de més de 15 anys.
Població de referència: Barcelona, 1988.

Font: ESB 1983, 1986, 1992 i 2000 i ESCA 1994.

L'evolució del consum de tabac per grups d'edat i sexe es reflecteix a la figura 4.3. Cal assenyalar que la pregunta de l'ESCA del 1994 referent al consum de tabac era una mica diferent, fet que podria explicar els resultats d'aquell any en alguns dels grups d'edat. En els homes la disminució s'observa en tots els grups d'edat, i en les dones destaca l'augment dels grups de 35 a 44 anys i de 45 a 54 anys.

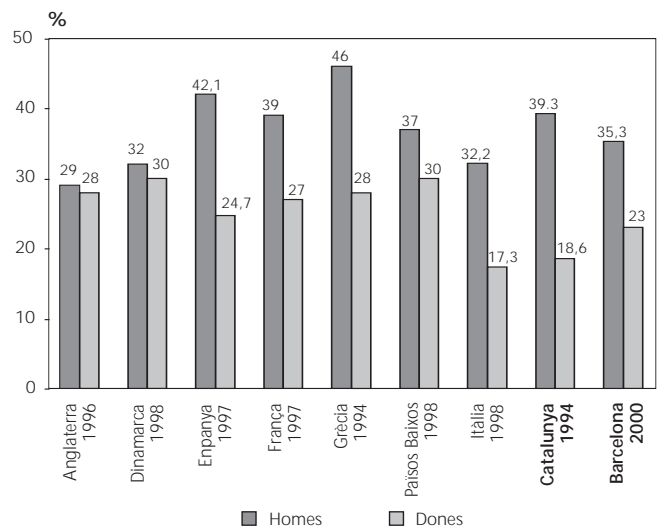
Els homes de Barcelona presenten una prevalença de consum de tabac alta respecte als països del nord d'Europa, igual que la resta de països del sud (figura 4.4). Les dones encara presenten consums inferiors que a la resta de països.

Figura 4.3. Evolució del consum de tabac segons edat. Homes i dones de 15 anys i més. Barcelona, 1983-2000



Font: ESB 1983, 1986, 1992 i 2000 i ESCA 1994.

Figura 4.4. Prevalències de consum de tabac en alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona. Homes i dones de 15 anys i més

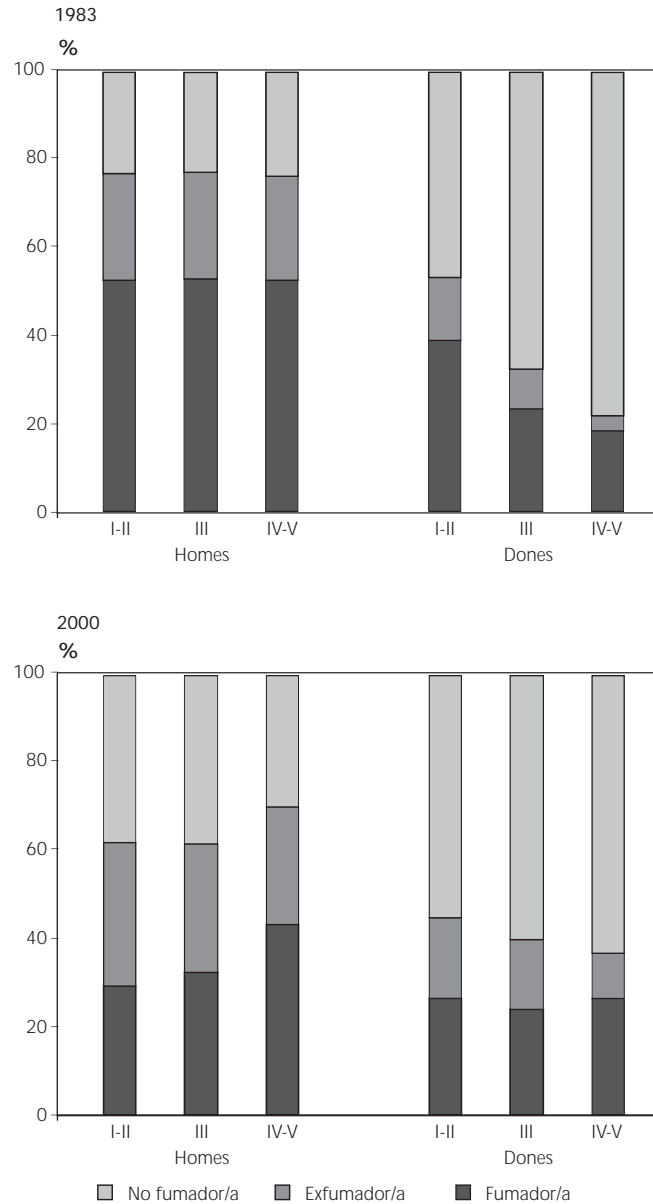


A Dinamarca i Itàlia: població de 14 anys i més. A Grècia, els Països Baixos, Catalunya i Barcelona: població de 15 anys i més. A Anglaterra i Espanya: població de 16 anys i més. A França: població de 18 anys i més.

Font: Organització Mundial de la Salut. Tobacco control profiles.

El consum de tabac per classe social canvia entre el 1983 i el 2000. L'any 1983, el consum de tabac en els homes de 15 anys i més era igual en les diferents classes socials (fumaven un 52%), mentre que eren les dones de les classes I i II o més privilegiades les que fumaven més. L'any 2000, el patró ha canviat considerablement i s'observa, en els homes, que les classes IV i V fumen més (44,2%) que les classes I i II (29,1%). En les dones, no s'observen diferències en el consum. En els dos sexes hi ha més exfumadors en les classes I i II (figura 4.5). Aquest patró de canvis en el consum de tabac segons classe social i sexe ha estat descrit per altres autors, i s'han classificat les poblacions en diferents fases segons l'epidèmia del tabac (López *et al.*, 1994). En la fase I, el tabaquisme és excepcional i típic de les classes benestants; en la fase II, el consum augmenta en els homes i sobretot els de més nivell social; en la fase III, la prevalença disminueix més en els homes de classes benestants i augmenta en els homes de classes menys privilegiades, i les dones augmenten la seva prevalença, sobretot les de classes privilegiades; en la fase IV disminueix la prevalença en els dos sexes i fumen més les classes menys privilegiades. Barcelona, com la majoria dels països del sud d'Europa, està en la fase III (CAVELAARS *et al.*, 2000; BORRÀS *et al.*, 2000; FERNÁNDEZ i BORRELL, 2001).

Figura 4.5. Consum de tabac segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Persones de 15 anys i més. Barcelona, 1983 i 2000



Població de referència: ESB 2000.
 Font: ESB 1983 i ESB 2000.

La figura 4.6 mostra les diferències en els districtes municipals, i és el de Ciutat Vella el que té una prevalença de fumadors més alta.

L'any 2000, un 48% dels fumadors fuma d'onze a vint cigarrets al dia, i un 24% de sis a deu (el 20% dels homes i el 28% de les dones). Un 17% dels homes fumadors i un 9% de les dones fumen de vint-i-un a quaranta cigarrets al dia. Un 13% fumen d'un a cinc cigarrets al dia. La mitjana d'edat d'inici del consum és de 17,5 en els homes i de 18,3 en les dones (la mediana és de 17 per als dos sexes).

A un 48% dels fumadors el metge els ha aconsellat que deixin de fumar; l'any 1992, es va aconsellar a una tercera part dels fumadors. A un 66% dels fumadors els agradaria deixar de fumar, percentatge més alt que l'any 1992 (de prop del 50%). Un 36% dels fumadors han intentat deixar de fumar els últims dotze mesos, percentatge una mica més alt que el de l'any 1992. Durant l'última setmana, a una quarta part dels fumadors algú els ha demanat que deixin de fumar davant seu (majoritàriament ha estat a casa seva o a la feina).

Un 35,7% de les persones enquestades l'any 2000 declara tenir a casa com a mínim una persona fumadora. Un 53,8% dels treballadors/es declaren tenir com a mínim una persona que fuma a la feina.

4.2. El consum d'alcohol

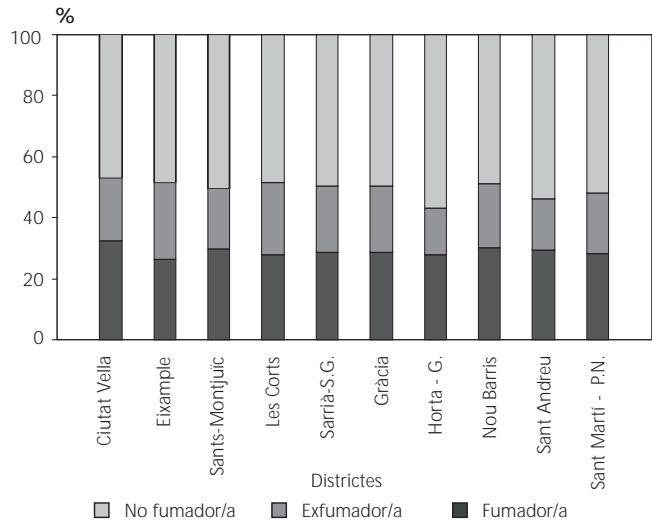
L'any 2000, un 23% dels homes i un 44,2% de les dones de 15 anys i més declaren no haver begut durant l'últim mes, i un 4% dels homes i un 3,3% de les dones són bevedors de risc (més de 40 g i 20 g al dia respectivament). La meitat dels homes són bevedors diaris moderats (menys de 40 g al dia), percentatge que en les dones és del 25% (menys de 20 g al dia). La distribució segons edat i sexe consta a la figura 4.7.

Per classes socials, tant en homes com en dones hi ha més no bevedors a les classes I i II. No hi ha diferències importants entre classes socials en els percentatges de bevedors i bevedores de risc.

A l'Enquesta de salut de Barcelona del 1992, el consum de l'alcohol es va preguntar de manera diferent. Aquell any, les dones que declaraven no haver begut mai eren un 54,6%, i les bevedores de risc, un 6,1%. En el cas dels homes, aquests percentatges eren d'un 30,6% i un 10,8%.

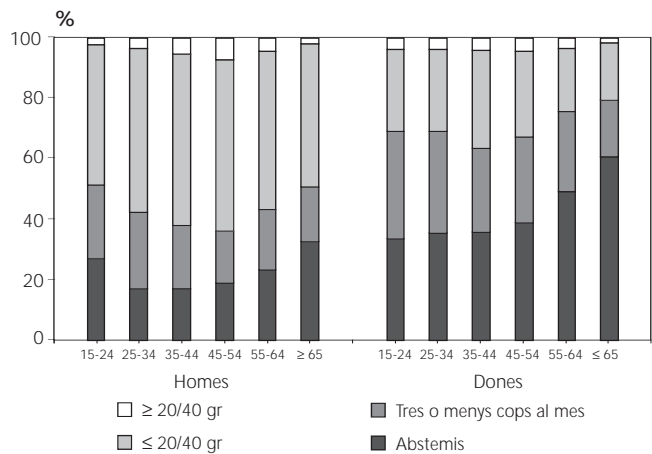
Font: Eurocare. Advocacy for the prevention of alcohol related harm in Europe. ➔

Figura 4.6. Consum de tabac segons districte. Percentatges estandarditzats per edat. Persones de 15 anys i més. Barcelona, 2000



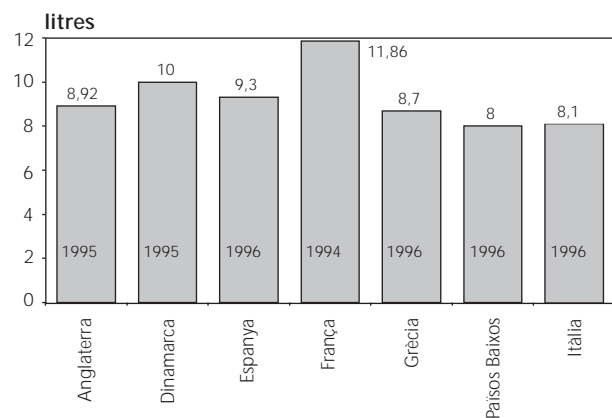
Font: ESB 2000.

Figura 4.7. Consum d'alcohol actual segons edat i sexe. Persones de 15 anys i més. Barcelona, 2000



Font: ESB 2000.

Figura 4.8. Litres d'alcohol consumits per càpita. Alguns països de la Unió Europea

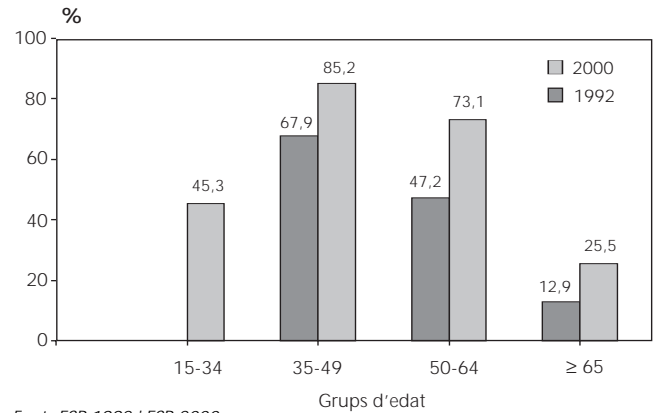


Quan es pregunta pel consum d'alcohol al llarg de la vida, un 52,7% dels homes i un 52% de les dones de 15 anys i més declaren haver begut abans regularment o ocasionalment, i que ara no beuen o bé ho fan ocasionalment. És molt difícil poder comparar les dades de consum d'alcohol, ja que les enquestes ho acostumen a preguntar de maneres diferents. A la figura 4.8 es reflecteix el nombre de litres d'alcohol consumits en alguns països, i s'hi pot observar que l'Estat espanyol se situa en un nivell intermedi.

4.3. Les pràctiques preventives en ginecologia

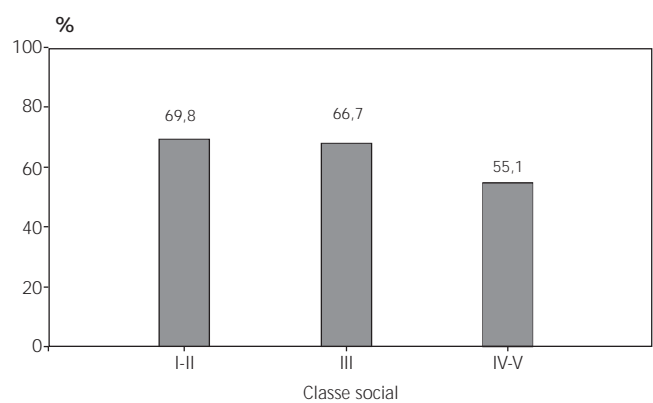
L'any 2000, un 55,6% de les dones de 15 anys i més declaren que se'ls fa una citologia periòdica, i aquest percentatge és més alt en el grup d'edat de 35 a 64 anys. L'any 1992, els percentatges eren força més baixos (figura 4.9). Continua havent-hi diferències en la realització de citologies segons classe social (figura 4.10), però són menys importants que les descrites l'any 1992. Els percentatges segons districtes fluctuen entre un 47,8 al districte I o Ciutat Vella i un 63,5% a les Corts o districte IV (figura 4.11).

Figura 4.9. Realització de citologia periòdica segons edat. Dones de 15 anys i més. ESB 1992 i 2000 (l'any 1992 no més es va obtenir per a dones de 30 anys i més)



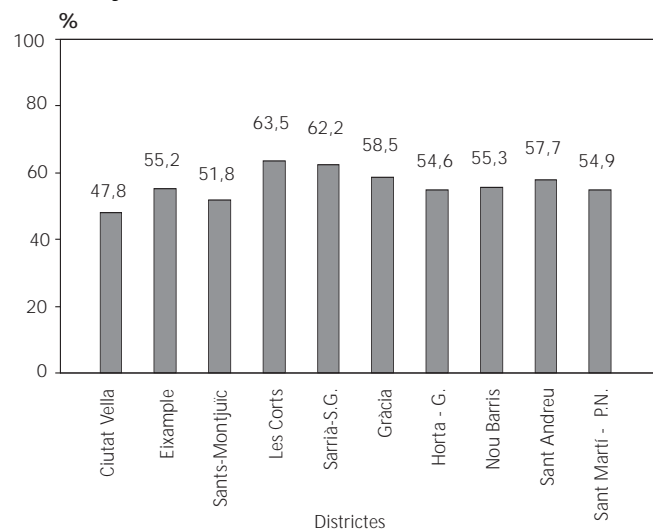
Font: ESB 1992 i ESB 2000.

Figura 4.10. Realització de citologia periòdica en dones de 20 anys i més segons classe social. Percentatges estandaritzats per edat. Barcelona, 2000



Font: ESB 2000.

Figura 4.11. Realització de citologia periòdica segons districte. Percentatges estandaritzats per edat. Dones de 15 anys i més. Barcelona, 2000



Font: ESB 2000.

Cal assenyalar que hi ha un 21% de les dones de 15 anys i més que no s'han fet mai una citologia. En el grup de 15 a 34 anys, les que no se n'han fet mai cap són una de cada tres dones (i de 20 a 34 anys, un 22,4%).

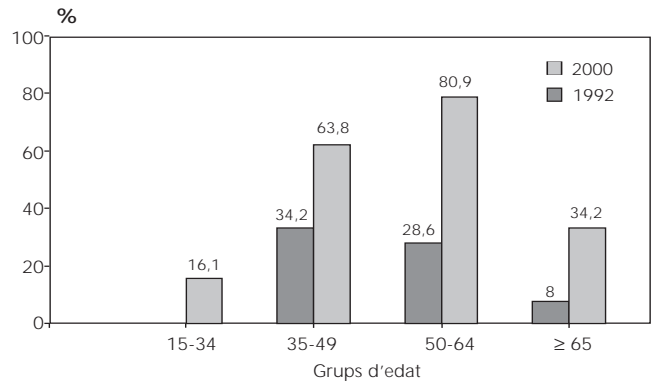
A la figura 4.12 s'observa la realització de mamografia periòdica per part de les dones de 20 anys i més tant l'any 2000 com el 1992. Es pot veure clarament que la situació ha millorat molt des del 1992, sobretot en la població diana en què es recomana per consens científic de fer-se mamografies (de 50 a 64 anys), grup en què s'ha passat del 28,6 al 81%. De tota manera, encara hi ha un percentatge elevat de dones que se la fan en edats en què la recomanació és més dubtosa.

Cal assenyalar que de totes les dones que es fan mamografia periòdica, un 85,2% se la fa per raons preventives. Això implica que en les dones de 50 a 64 anys, un 69% es fa mamografia periòdica per raons preventives.

La mamografia ha estat recomanada en un 64,7% dels casos per un ginecòleg/a, en un 17,2% per la mateixa persona, en un 12,3% pel metge de capçalera i en un 3,7% (78 casos) per haver estat convidades al programa de cribratge de càncer de mama.

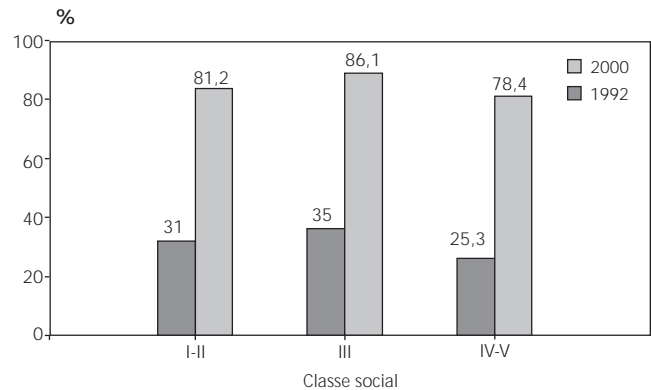
Hi ha un 7,4% de dones de 50 a 64 anys que no s'ha fet mai cap mamografia, i també un 29,8% de les dones de 65 anys i més. A diferència del 1992, actualment hi ha poques desigualtats segons classe social (figura 4.13) en la realització periòdica de mamografia en dones de 50 a 64 anys. Els percentatges en els districtes en aquestes dones fluctuen entre un 70,5% (Eixample o districte II) i un 91,3% (Sant Martí o districte X) (figura 4.14). Cal assenyalar que els dos districtes (Ciutat Vella i Sant Martí) on es va començar el programa de cribratge de càncer de mama en primer lloc, són els que tenen els percentatges més alts.

Figura 4.12. Realització de mamografia periòdica segons edat. Dones de 20 anys i més. Barcelona, 1992 i 2000 (l'any 1992 només es va obtenir per a dones de 30 anys i més)



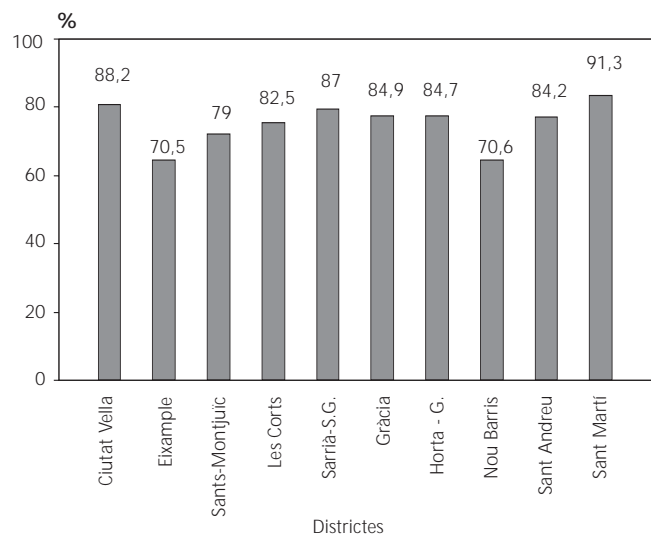
Font: ESB 1992 i ESB 2000.

Figura 4.13. Realització de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 1992 i 2000



Font: ESB 1992 i ESB 2000.

Figura 4.14. Realització de mamografia periòdica segons districte. Percentatges estandarditzats per edat. Dones de 50 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: ESB 2000.

4.4. Bibliografia

BORRÀS JM, FERNÁNDEZ E, SCHIAFFINO A, BORRELL C, LA VECCHIA C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Pub Health* 2000;9:1459-1462.

CAVELAARS AE, KUNST AE, GEURTS JJ, CRIALESI R, GROTVEDT L, HELMERT U et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000;320:1102-1107.

Eurocare. Advocacy for the prevention of alcohol related harm in Europe. <http://www.eurocare.org/profiles/>

FERNÁNDEZ E, BORRELL C. Tabaco, género y clase social. *Semergen* 2001;27:403-404.

Organització Mundial de la Salut. Tobacco control country profiles. <http://tobacco.who.int/statistics/TCCP.html>

PRINCIPALS CONCLUSIONS

A la ciutat de Barcelona, com pertot arreu al món desenvolupat, el càncer té una contribució important a la taxa de mortalitat de la població, encara que amb un pes relatiu i unes tendències variables segons les localitzacions, el sexe i l'edat. De manera més concreta, fem les constatacions següents:

- A Barcelona, anualment es produeixen unes 4.600 morts per càncer, 2.800 de les quals són en homes i 1.800 en dones.
- El càncer constitueix el primer gran grup de causes de mort en els homes i el segon en les dones, i és també la primera causa de mortalitat prematura en els dos sexes.
- En els homes, els principals tipus de càncer que són causa de mort són els de pulmó, de còlon i recte, de pròstata, de fetge i de bufeta urinària. I en les dones, els de mama, de còlon i recte, de pulmó, de fetge i d'estómac.
- La tendència a la mortalitat per tots els tipus de càncer ha anat disminuint en la darrera dècada, tot modificant la tendència observada en els anys vuitanta, que va ser d'increment en els homes i d'estabilització en les dones.
- Per als dos càncers que més contribueixen a la mortalitat, el de pulmó en els homes ha anat disminuint d'ençà de l'any 1993, després d'un increment sostingut, mentre que la mortalitat per càncer de mama en les dones també experimenta a hores d'ara una disminució progressiva, després d'un període d'estabilitat.
- Els càncers que semblen haver experimentat un canvi considerable de tendència en els dos sexes són el de còlon i recte (augment) i el d'estómac (disminució).
- A escala internacional, a la majoria dels països de la Unió Europea s'observa que les taxes de mortalitat totals en els homes han disminuït, de manera diferent al que s'observa en el mateix període a Espanya, Catalunya i Barcelona. En les dones, hi ha una disminució a tots els països i també a Barcelona, amb taxes equivalents a les del país del sud d'Europa i més baixes que les del nord. La mortalitat per càncer de pulmó en homes ha disminuït als països del nord i ha augmentat als del sud; mentre que la provocada pel càncer de mama en les dones ha anat disminuint a Barcelona, amb nivells inferiors als països del nord i similars als del sud.

Atesa la no-existència d'un registre poblacional de càncer a la ciutat, s'han emprat les dades dels

registres de Girona i Tarragona, corresponents als períodes 1994-1998 i 1996-1997, a partir de les quals s'han estimat els casos per a Barcelona. La descripció de les característiques principals de la incidència del càncer aporta una visió complementària a la de la mortalitat, que varia segons les localitzacions. En aquest sentit, destaca que:

- El tumor més freqüent entre els homes és el de pulmó, seguit pels de pròstata i de còlon i recte. En les dones predomina el tumor de mama, seguit a una certa distància pel càncer de còlon i recte, i després, i amb un pes relatiu força inferior, pels de cos uterí, d'estómac i d'ovari.
- Si es manté la tendència actual, un de cada tres homes i una de cada cinc dones desenvoluparan un càncer abans dels 74 anys.
- Les tendències observades en el període 1980-1997 mostren un increment significatiu de la incidència en els homes per a totes les edats. Els tumors relacionats amb el tabac creixen més que el conjunt de tumors. En el cas de les dones, la tendència també és d'un augment significatiu per a tots els grups d'edat. Els tumors relacionats amb el tabac en les dones augmenten per a totes les edats, i de manera més marcada en el grup de 35 a 64 anys.
- En els homes destaca el creixement constant dels casos de càncer per a la majoria de localitzacions, amb l'excepció notable del d'estómac, en el qual, com a tots els països desenvolupats, s'observa un descens de la incidència. En el cas de les dones, s'observa un creixement de la incidència dels càncers de mama i de còlon i recte, mentre que la del de coll d'úter no creix gaire significativament i la del de cos uterí creix, només d'una manera molt limitada. En els dos sexes, el tumor amb un creixement percentual més gran és el melanoma.
- S'estima que l'any 2000 van ser diagnosticats de càncer prop de 10.300 casos (5.700 en homes i 4.600 en dones) a Barcelona, amb un excés d'incidència que es pot explicar en part pels càncers de pròstata i de còlon i recte, dos tumors en què l'estructura d'edats envellida de la ciutat de Barcelona té un impacte notable.
- Les projeccions efectuades permeten estimar que l'any 2005 el nombre de nous casos serà de prop de dotze mil, un 44% dels quals seran dones.
- El càncer infantil és poc freqüent: a Barcelona hi ha entre vuitanta i cent vint casos nous cada any. El primer tipus de càncer en ordre de freqüència és la leucèmia, seguida pel de sistema nerviós central i els diversos limfomes.

Pel que fa a la utilització de serveis sanitaris i sociosanitaris, cal destacar el següent:

- En el període 1995-1998, a la pràctica assistencial de l'atenció primària s'ha incrementat el cribratge del tabaquisme, però on s'observa un augment especialment important és en el consell mínim als fumadors.

- El cribratge del consum excessiu d'alcohol, com també el consell mínim als consumidors, han millorat durant el període.
 - Aproximadament la meitat de les persones amb malaltia terminal són ateses a la seva llar, mentre que una tercera part de les persones amb malaltia terminal per càncer moren en un hospital d'aguts i una quarta part ingressen en una unitat de cures pal·liatives.
 - L'atenció domiciliària és un servei que té un pes molt important en l'atenció a les persones amb malaltia terminal. A Barcelona, aquest servei el presten principalment els equips d'atenció primària i els PADES, que l'any 2000 van atendre a la seva llar un total de 2.297 persones.
 - La taxa bruta de demandes d'atenció a la salut sexual i reproductiva és de 9 demandes setmanals per cada 1.000 dones d'entre 15 a 69 anys (padró del 1996), xifra que representa 473 demandes d'atenció a l'any per cada 1.000 dones d'aquesta edat. El 35% de les demandes d'atenció han estat per revisions periòdiques, bàsicament per detecció del càncer de coll d'úter.
 - El Programa de detecció precoç de càncer de mama es va iniciar l'any 1995 amb caràcter pilot en el marc del Pla de salut, i s'adreça a les dones de 50 a 64 anys residents als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí. Posteriorment, s'inicià l'extensió seqüencial a la resta de la ciutat: Gràcia i Horta-Guinardó, Nou Barris, Sarrià - Sant Gervasi, la Dreta de l'Eixample i Sant Andreu. Es preveu que el 2002 el Programa estigui implantat a tota la ciutat.
 - El 31 de desembre del 2000, les dades destacables sobre la població, la participació i l'activitat del Programa són les següents:
 - S'han citat 53.932 dones, 34.097 de les quals hi han participat almenys una vegada.
 - S'han detectat 282 càncers, la qual cosa significa una taxa de detecció de 5,8 per cada 1.000 dones citades en primera ronda, i de 3,95 per cada 1.000 en rondes successives.
 - Un 10% del total de càncers detectats han estat carcinomes in situ.
 - Un 71,7% dels càncers invasius detectats en primera ronda tenien ganglis negatius, mentre que en rondes successives aquest percentatge ha estat del 81,8%.
 - Als hospitals de Barcelona van ingressar gairebé 18.000 pacients amb diagnòstic de càncer l'any 2000, xifra que representa un 7,3% del total de pacients ingressats a la RSBC per totes les causes. Un 79% de pacients procedeixen dels hospitals de la xarxa pública, i més de la meitat d'ells són pacients residents a Barcelona.
 - Als hospitals de la XHUP s'han atès 9.334 pacients residents a Barcelona amb diagnòstic de càncer. Els càncers més freqüents han estat els de bufeta urinària, els secundaris a un tumor primari, els de mama i els de pulmó.
 - Les taxes d'hospitalització a la xarxa pública per als pacients residents a Barcelona amb diagnòstic de càncer són superiors en els homes, i destaquen per ordre de freqüència les hospitalitzacions per càncers de bufeta i de bronquis i pulmó en el sexe masculí, mentre que en el sexe femení les taxes més altes es produeixen pel càncer de mama.
 - Per grup d'edat i sexe dels pacients residents a Barcelona, destaca que a partir dels 35 anys les taxes d'hospitalització s'eleven en els dos sexes, tot i que presenten valors superiors els homes. Les diferències més pronunciades s'observen a partir dels 65 anys, amb taxes de 29 i de 13 en els homes i en les dones, respectivament.
 - El total de pacients pediàtrics residents a Barcelona amb diagnòstic de càncer atesos a la XHUP és de 87.
 - L'edat mitjana dels pacients atesos amb tractaments radioteràpics als hospitals de la XHUP de Barcelona, per als pacients residents a la ciutat i els provinents de fora, és de 62 anys. La majoria de tractaments radioteràpics són aplicats a pacients amb tumors primaris (78,9%), mentre que un 20,6% es deuen a tractaments per a les metàstasis.
 - Els càncers de mama, de bronquis i de pulmó, i de pròstata són els tipus en què s'aplica més sovint el tractament radioteràpic. En un 80% dels casos l'aplicació del tractament és per finalitats curatives, i en la resta l'aplicació és pal·liativa.
- Pel que fa a alguns dels principals determinants més coneguts del càncer, la situació a la ciutat indica que l'any 2000:
- Un de cada tres homes i una de cada quatre dones de 15 anys i més es declaren consumidors habituals de tabac. En tots els grups d'edat, excepte en el de 15 a 24 anys, predominen els fumadors; el grup d'edat on hi ha més fumadors és el de 35 a 44 anys. El percentatge d'exfumadors augmenta amb l'edat, sobretot en el cas dels homes.
 - Pel que fa a l'evolució del consum de tabac, en els homes el consum ha disminuït des del 1983 d'un 54 a un 36%, i ha augmentat tant el percentatge de no fumadors com el d'exfumadors. En les dones, el consum ha augmentat d'un 21,4 a un 24,2%, i han disminuït les no fumadores i han augmentat les exfumadores.
 - Segons la classe social, s'observa un canvi respecte a l'any 1983 en el sentit que els homes de classe treballadora ara declaren fumar més que els de classes benestants; d'altra banda, l'observació que les dones de classes benestants fumaven més l'any 1983 ja no es manté el 2000.
 - Els homes de Barcelona presenten una prevalença de consum de tabac més elevada que la que tenen els països del nord d'Europa, com passa també a la resta de països del

sud. En canvi, les dones de Barcelona presenten consums inferiors a la resta de països.

- Un 4% dels homes i un 3% de les dones són bevedors de risc (més de 40 g i més de 20 g al dia, respectivament). La meitat dels homes són bevedors diaris moderats (menys de 40 g al dia), percentatge que en les dones és del 25% (menys de 20 g al dia).
- Més de la meitat de les dones de 15 anys i més declaren que se'ls fa una citologia periòdica, i aquest percentatge és més alt en el grup d'edat de 35 a 64 anys, percentatge que s'ha incrementat substancialment respecte al 1992.
- La realització de mamografies periòdiques per part de dones de 50 a 64 anys s'ha incrementat d'una manera molt notable: ha passat d'un 29% el 1992 a un 81% el 2000. Els dos districtes (Ciutat Vella i Sant Martí) on es va començar el programa de cribratge de càncer de mama en primer lloc, són els que tenen els percentatges més alts.

En conjunt, la descripció del càncer a la ciutat de Barcelona posa en evidència canvis apreciables i diferencials en la mortalitat i la morbiditat, la interpretació dels quals cal fer amb prudència, tot i que, molt plausiblement, estan relacionats amb les tendències de l'envelliment, amb les millores diagnòstiques i terapèutiques, com també amb la modificació de determinades exposicions de risc. Complementàriament, l'atenció al càncer representa una part important i creixent de l'activitat assistencial dels dispositius de la ciutat de Barcelona, tant en el seu vessant preventiu, com en el curatiu i el pal·liatiu.

RESUM

RESUM

Capítol 1. La mortalitat per càncer

L'any 1999, es van produir a la ciutat de Barcelona 4.649 morts per càncer (2.803 en homes i 1.846 en dones). Com a gran grup de causes de defunció de la *Classificació internacional de malalties*, novena revisió, el càncer constitueix la primera causa de mort en els homes (el 32,6% de les defuncions) i la segona en les dones (el 21,3% de les defuncions). Cal dir, però, que si es tenen en compte la mortalitat prematura o els anys potencials de vida perduts entre l'any i els setanta anys, els càncers constitueixen la primera causa en els dos sexes, ja que aquestes morts es produeixen en edats més joves que les originades per malalties cardiovasculars. En la mortalitat dels homes, els principals càncers causants són els següents: de pulmó, de còlon i recte, de pròstata, de fetge i de bufeta urinària; i en les dones: de mama, de còlon i recte, de pulmó, de fetge i d'estómac. En la mortalitat dels homes, els principals càncers causants són els següents: de pulmó, de còlon i recte, de pròstata, de fetge i de bufeta urinària; i en les dones: de mama, de còlon i recte, de pulmó, de fetge i d'estómac.

En els homes, la taxa de mortalitat per tots els càncers ha augmentat a Barcelona de 182,8 per cada 100.000 habitants l'any 1983 (taxa estandarditzada per edat segons la població mundial) a 203,7 l'any 1992, per després tornar a disminuir fins a 190,9 l'any 1999. En les dones, la taxa es manté més o menys constant fins al 1991, per disminuir fins a 81,1 l'any 1999. La mortalitat per càncer de pulmó ha augmentat en els homes fins el 1993, per després disminuir. En les dones, la mortalitat per càncer de mama ha presentat taxes estables fins el 1995, per després disminuir lleugerament. La mortalitat per càncer de còlon i recte ha augmentat i pel d'estómac ha disminuït en tots dos sexes.

En els homes, en la majoria de països de la Unió Europea la mortalitat ha disminuït. Només s'observa un augment a Espanya, Catalunya i Barcelona, tot i que, com s'ha assenyalat anteriorment, tant a Catalunya com a Barcelona s'observa una estabilització de la mortalitat en els darrers anys. Al final dels anys noranta, les taxes en els homes de Barcelona són més altes que als altres països. En les dones, hi ha una disminució d'aquestes taxes a tots els països i també a Barcelona; les nostres taxes són equivalents a les del país del sud d'Europa i més baixes que les del nord del continent. El càncer de pulmó en els homes ha disminuït als països del nord i ha augmentat als del sud i Barcelona. Les taxes de mortalitat per càncer de

mama en les dones són inferiors a les dels països del nord i similars a les del sud.

Capítol 2. La incidència del càncer

L'absència a Barcelona d'un registre poblacional fa necessari emprar les dades d'altres registres. Segons les dades dels registres de càncer de Girona i Tarragona corresponents als períodes 1994-1998 i 1996-1997, respectivament, el tumor més freqüent entre els homes és el de pulmó, amb un 17,8% sobre el total, seguit pel de pròstata, amb un 15,2%, i el de còlon i recte, amb un 13,0%. El tumors més freqüents en les dones són el de mama, que representa el 28,5% de tots els tumors, seguit a una certa distància pel de còlon i recte, amb un 16,4%. Es pot afirmar que un de cada tres homes i una de cada cinc dones desenvoluparan càncer abans dels 74 anys. Les tendències observades a Tarragona en el període 1980-1997 mostren un increment significatiu d'un 2,5% anual en els homes per a totes les edats, mentre que per al grup de 35 a 64 anys és lleugerament superior, un 2,9% anual. Els tumors relacionats amb el tabac creixen més que el conjunt de tumors, amb un 3,1% anual; també en aquest cas l'augment és superior en els homes d'entre 35 i 64 anys d'edat, amb un percentatge d'un 3,2%. En el cas de les dones, la tendència també és d'un augment significatiu d'un 2,0% per a tots els grups d'edat, i també amb un creixement relatiu superior en el grup d'edat de 35 a 64 anys, d'un 2,4%. Una dada indicativa del que podran representar els tumors relacionats amb el tabac en les dones en els propers anys és el fet que en el període analitzat augmenten un 4,0% per a totes les edats, mentre que en el grup de 35 a 64 anys el creixement és d'un 6,3%.

Pel que fa a les tendències dels diferents tumors, destaca en els homes el creixement constant, amb l'excepció notable del càncer d'estómac, en el qual, com a tots els països desenvolupats, s'observa un descens de la seva incidència. En el cas de les tendències corresponents a les dones, es pot observar el creixement del càncer de mama i de còlon i recte, mentre que el càncer de coll d'úter no creix de manera significativa i el de cos uterí creix de manera molt limitada. En tots dos sexes, el tumor amb un creixement percentual més gran és el melanoma.

Globalment, durant l'any 2000 s'ha estimat que van ser diagnosticats malalts de càncer 5.736 homes i 4.528 dones a Barcelona. Aquesta més gran incidència en la població masculina es pot explicar en part per l'acció dels càncers de pròs-

tata i de còlon i recte, dos tumors en què l'estructura d'edats envellida de la ciutat de Barcelona hi té un impacte notable. La tendència projectada cap a l'any 2005 permet estimar que el nombre de casos serà de 12.013 aquell any, 5.333 dels quals (el 44,4%) seran dones.

Pel que fa a les comparacions de la incidència a Girona i Tarragona amb altres països europeus, cal dir que en els homes s'està per sota del que s'observa a països com ara Bèlgica, França o els Països Baixos, però lleugerament per sobre de la mitjana europea. En les dones, amb l'excepció del càncer de còlon i recte, les taxes corresponents a Tarragona i Girona estan per sota de la mitjana de la Unió Europea.

Capítol 3. L'ús dels serveis sanitaris relacionats amb el càncer

Les intervencions comunitàries sobre el càncer

Des de l'atenció primària, el cribratge del tabaquisme s'ha incrementat, però on s'aprecia un augment més important és en el consell mínim als fumadors. Respecte al consum d'alcohol, tant les xifres que mostren el percentatge del cribratge del consum excessiu d'alcohol com les del consell mínim als consumidors han millorat durant el període.

L'atenció a les persones amb malaltia terminal per càncer (atenció pal·liativa) es pot donar des de diferents serveis i nivells assistencials: atenció primària, hospitalització d'aguts i unitats d'internament de cures pal·liatives. Aproximadament la meitat de les persones amb malaltia terminal són ateses a la seva llar; el 29,8% de les persones amb malaltia terminal per càncer moren en un hospital d'aguts, i el 24% ingressen en una unitat de cures pal·liatives.

El procés de desplegament dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva es va iniciar de manera general a Barcelona el juliol del 1999 i va acabar el gener del 2000. Aquest desplegament substitueix el model tradicional d'atenció especialitzada tocoginecològica i el de planificació familiar que han coexistit a la ciutat. La taxa bruta de demandes d'atenció per setmana és de 9,1 per cada 1.000 dones d'entre 15 i 69 anys, la qual cosa representa 473 demandes d'atenció a l'any per cada 1.000 dones d'entre 15 i 69 anys, i hi ha molta variabilitat en les taxes dels diferents serveis d'atenció sexual i reproductiva en funció del centre on es presta l'assistència.

El programa de detecció precoç del càncer de mama

La implantació del Programa de detecció precoç del càncer de mama va significar una inflexió important en la línia de treball orientada a reordenar i reorganitzar el conjunt de serveis d'atenció oncològica a la ciutat. L'any 1995 i en el marc del Pla de salut, el Consorci Sanitari de Barcelona va implantar amb caràcter pilot en dos districtes de la ciutat aquest Programa, que representa un gir en l'abordatge de la prevenció diferent de qualsevol altra intervenció que s'hagués fet fins aleshores. L'any 1998, el Programa es va implantar als distric-

tes de Gràcia i Horta-Guinardó. L'any 2000, es va estendre al districte de Nou Barris. I el 2001, al districte de Sarrià - Sant Gervasi i a la Dreta de l'Eixample. Amb aquesta dinàmica d'extensió, s'ha previst que l'últim trimestre del 2001 arribi al districte de Sant Andreu i que el 2002 estigui implantat a tota la ciutat. Tenint en compte aquesta previsió, al final del 2001 el 75% del territori estarà cobert pel Programa, la qual cosa significa que hi ha 112.314 dones residents a Barcelona d'entre 50 i 64 anys sota programa.

Els càncers diagnosticats als hospitals de Barcelona

Durant l'any 2000, van ingressar 17.888 pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona, xifra que representa un 7,3% del total de pacients ingressats a la regió de Barcelona per totes les causes, segons dades del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària de l'any 2000. La majoria de pacients procedeixen dels hospitals de la xarxa pública (XHUP) (78,8%), i més de la meitat d'ells són pacients residents a Barcelona.

Els càncers més freqüents als hospitals de la XHUP són el de bufeta (10,1%) i els malignes secundaris (9,1%), seguits del de mama (8,6%) i el de pulmó (8,2%). Un 57,7% de les persones ingressades són homes, i la resta dones, essent aquesta situació molt similar en els diferents grups d'edat, excepte en el grup de 15 a 34 anys, on s'atenen més dones, sobretot a causa de la patologia mamària i la de cèrvix. Les xifres de pacients atesos s'elevan a partir dels trenta-cinc anys, i s'incrementen els valors proporcionalment en majors de seixanta-cinc anys. Una tercera part dels pacients ingressats als hospitals de la XHUP tenen la seva residència fora de Barcelona.

Les taxes d'hospitalització a la xarxa pública per als pacients residents a Barcelona amb diagnòstic de càncer són superiors en els homes que en les dones, i destaquen per ordre de freqüència les hospitalitzacions per càncers de bufeta i de bronquis i pulmó en el sexe masculí, mentre que en el sexe femení les taxes més altes es localitzen en els càncers de mama. Les taxes d'hospitalització s'incrementen amb l'edat.

Durant l'any 2000, es van atendre 269 pacients menors de quinze anys als hospitals de la XHUP de Barcelona amb diagnòstic de càncer. La majoria van ingressar a l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron i tant sols un 23% dels pacients pediàtrics residien a la mateixa regió sanitària. El càncer més freqüent en aquestes edats eren les leucèmies.

Els hospitals on es desenvolupa tota l'activitat radioteràpica de la regió de Barcelona són l'Hospital de Sant Pau, l'Hospital Clínic, l'Hospital de la Vall d'Hebron i l'Institut Policlínic Plató. Un 53,2% dels pacients sotmesos a tractament radioteràpic són homes, i la resta, dones. L'edat mitjana dels pacients atesos és de seixanta-dos anys, amb una mediana de seixanta-cinc anys. Tan sols tenim un 1,7% de pacients menors de quinze anys. La majoria de tractaments són aplicats a pacients amb tumors primaris (78,9%), mentre que un 20,6% es deuen a tumors metastàsics.

Capítol 4. Els determinants del càncer

L'any 2000, un 35,3% dels homes i un 23% de les dones de quinze anys i més es declararen consumidors habituals de tabac. En el grup de 15 a 24 anys fumaven un 36,7% dels nois i un 38,9% de les noies, essent aquest l'únic grup d'edat en què les dones fumen més que els homes. El grup d'edat on hi ha més fumadors és el de 35 a 44 anys. En les dones, el consum disminueix a partir dels 45 anys. Sobretot en el cas dels homes, el percentatge d'exfumadors augmenta en augmentar l'edat.

Pel que fa a l'evolució del consum de tabac, quan tenim en compte els percentatges estandarditzats per edat, en els homes el consum disminueix d'un 54 a un 36%, i augmenta tant el percentatge de no fumadors com el d'exfumadors. En les dones, el consum augmenta del 21,4 al 24,2%, i disminueixen les no fumadores i augmenten les exfumadores. Pel que fa a la distribució segons la classe social, s'observa un canvi respecte a l'any 1983, en el sentit que els homes de classe treballadora ara declaren fumar més que els de classes benestants (l'any 1983 no hi havia diferències entre classes). Les dones de classes privilegiades fumaven més l'any 1983, diferències que ja no s'observen l'any 2000.

Els homes de Barcelona presenten una prevalença de consum de tabac alta respecte a la dels països del nord d'Europa, igual que la resta de països del sud. Les dones encara presenten consums inferiors al que presenten a la resta de països.

L'any 2000, un 23% dels homes i un 44,2% de les dones de quinze anys i més declaren no haver begut durant l'últim mes, i un 4% dels homes i un 3,3% de les dones són bevedors de risc (més de 40 g i 20 g al dia, respectivament). La meitat dels homes són bevedors diaris moderats (menys de 40 g al dia), percentatge que en les dones és del 25% (menys de 20 g al dia). L'any 2000, un 55,6% de les dones de quinze anys i més declaren que se'ls fa una citologia periòdica, essent aquest percentatge més alt en els grups d'edat de 35 a 64 anys. L'any 1992, els percentatges eren força més baixos. Cal assenyalar que hi ha un 21% de les dones més grans de catorze anys que no s'han fet mai una citologia. En el grup de 15 a 34 anys, aquestes són una de cada tres dones (i en el de 20 a 34, representen un 22,4%).

La realització de mamografia periòdica per part de dones de 50 a 64 anys ha passat del 28,6% de les dones l'any 1992 al 81% l'any 2000. Els dos districtes on es va començar el programa de cribratge de càncer de mama en primer lloc (Ciutat Vella i Sant Martí), són els que tenen els percentatges més alts.

Corporació Sanitària de Barcelona

- Corporació Sanitària Clínic
- Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Hospital Universitari Vall d'Hebron de l'Institut Català de la Salut
- Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)
- Institut Municipal de Salut Pública (IMSP)
- Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM)
- Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SUBSA-061)
- Subdivisió d'Atenció Primària de Barcelona de l'Institut Català de la Salut

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona



 Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Ajuntament  de Barcelona