

CÁNCER DE PÁNCREAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Incidencia 2018 y supervivencia a 1, 3 y 5 años.

CÁNCER DE PÁNCREAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

INCIDENCIA 2018 Y SUPERVIVENCIA A 1, 3 Y 5 AÑOS

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
LISTA DE ACRÓNIMOS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MATERIAL Y MÉTODOS	7
3. RESULTADOS	9
3.1. Indicadores de calidad.....	9
3.2. Características de los pacientes con cáncer de páncreas	9
3.3. Incidencia del cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid	10
3.4. Supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid...	12
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	17
5. BIBLIOGRAFÍA	20
6. ANEXOS	21
6.1. Anexo I: Incidencia	21
6.2. Anexo II: Supervivencia	22
6.3. Anexo III: Código Europeo Contra el Cáncer	25

RESUMEN

Introducción: El cáncer de páncreas es una de las neoplasias malignas con peor pronóstico actualmente en España. La baja supervivencia tras la detección de un cáncer de páncreas está relacionada fundamentalmente con la alta proporción de tumores que se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad, lo que dificulta el manejo clínico de los pacientes. El objetivo de este estudio es describir la incidencia del cáncer de páncreas y la supervivencia en la Comunidad de Madrid (CM) por sexo, grupos de edad, subtipo morfológico, estadio al diagnóstico y nivel socioeconómico.

Material y métodos: Los datos provienen del Registro Poblacional de Cáncer de la CM. Se han incluido todos los casos incidentes de neoplasia maligna pancreática diagnosticados durante 2018 en la población adulta que reside en la CM (≥ 20 años). Los tumores son codificados y validados según criterios establecidos internacionalmente. Se realizó un estudio descriptivo de las variables tumorales mediante frecuencias relativas y absolutas por sexo, grupos de edad y nivel de privación socioeconómica. Se calcularon las tasas de incidencia brutas, específicas por edad y tasas ajustadas por edad (usando la población estándar europea). Finalmente, se estimó la supervivencia observada y neta a los 1, 3 y 5 años, globalmente y de forma estratificada por sexo, grupos de edad, subtipo morfológico, grado, estadio al diagnóstico y nivel socioeconómico.

Resultados: Durante 2018 se diagnosticaron 1.000 tumores pancreáticos en la CM (tasa ajustada: 20,3 casos/10⁵). La edad media de los pacientes fue 72 años, diagnosticándose el 60% de los tumores en personas de 70 y más años. El número de casos en mujeres (49%; N=492) y hombres (51%; N=508) fue similar, así como la distribución por nivel socioeconómico. Respecto a las características tumorales, la localización más frecuente de los tumores fue la cabeza del páncreas (44%), la morfología más común fue el adenocarcinoma (67%), y el 48% de tumores con grado histológico identificado fueron moderadamente diferenciados. Un 3% de las neoplasias eran tumores neuroendocrinos. La mayoría de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico (51%) y solo 9% estaban localizados en el momento del diagnóstico. Por último, la supervivencia neta a los 5 años fue del 5,2%, algo superior en mujeres (6,7%) que en hombres (3,8%). Por grupos de edad, los menores de 60 años fueron los que presentaron mejor supervivencia (12,2%). Según las características del tumor se encontraron diferencias en la supervivencia, presentando un mejor pronóstico los pacientes con tumores neuroendocrinos y con tumores bien diferenciados. Asimismo, se detectan importantes diferencias en la supervivencia en función del estadio al diagnóstico, con estimadores del 20% de supervivencia a los 5 años para los pacientes diagnosticados en estadio localizado, y del 1% para los pacientes diagnosticados en estadio metastásico.

Discusión: El cáncer de páncreas es un problema de salud de primera magnitud, tanto por su incidencia como por su alta letalidad. La elevada proporción de casos diagnosticados en fases avanzadas muestra el enorme reto que supone esta enfermedad desde el punto de vista clínico y de salud pública. Por otro lado, la fuerte asociación con la edad convierte al envejecimiento poblacional en un factor determinante en la carga futura de este tumor. Es preciso disponer de información detallada sobre las características de los tumores que se diagnostican en la Comunidad de Madrid, así como monitorizar la evolución de la epidemiología de este tumor para comprender mejor su etiopatogenia y mejorar el abordaje de los pacientes con esta enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, pancreatic cancer is one of the tumours with the worst prognosis in Spain. The low survival of pancreatic cancer is mainly due to the high proportion of patients diagnosed at an advanced stage, making clinical management really challenging. The aim of this study is to describe the incidence of pancreatic cancer and the survival in the Community of Madrid (CM) according to sex, age groups, morphological subtype, stage at diagnosis and socioeconomic deprivation.

Methodology: Data were obtained from the Population-Based Cancer Registry of the CM. All incident malignant pancreatic neoplasms diagnosed during 2018 among adult population residing in the CM aged (≥ 20 years) were included. Tumors were coded and validated according to internationally established criteria. Descriptive analyses were conducted for sociodemographic and tumour characteristics. Crude, age-specific and age-standardised incidence rates were calculated (using the European standard population). Finally, observed and net survival at 1,3 and 5-years were estimated globally, by sex, age groups, morphological subtype, grade, stage at diagnosis and socioeconomic status.

Results: In 2018, 1,000 pancreatic tumors were diagnosed in the CM (ASR: 20.3 cases/ 10^5). Mean age at diagnosis was 72 years; most cases (60%) were diagnosed in patients aged 70 years and older. The number of cases was similar in women (49%; N=492) and men (51%; N=508), as was the distribution by deprivation level. Regarding tumor characteristics, most tumors were located in the head of the pancreas (44%), were adenocarcinomas (67%) and, among tumors with identified histological grade, 48% were moderately differentiated. Neuroendocrine tumors accounted for 3% of all tumors. Most patients were diagnosed at a metastatic stage (51%), while only 9% were localized at diagnosis. Lastly, 5-year net survival was 5.2%, slightly higher in women (6.7%) than in men (3.8%). By age groups, patients under 60 years of age had the best survival (12.2%). According to tumor characteristics, differences in survival were observed, the best prognosis being observed in patients with neuroendocrine tumors and well-differentiated tumors. Besides, important differences in survival estimates were found according to stage at diagnosis, with 20% 5-y survival rate for localized disease at diagnosis and 1% 5-y survival rate for metastatic stage.

Discussion: Pancreatic cancer is a major health problem, due to both its incidence and lethality. The large proportion of cases diagnosed at advanced stages highlights the significant challenge for clinical practice and public health that must be faced. Age-specific rates confirmed an exponential increase from the age of 60 onwards, which makes population ageing a key determinant of the future burden of this tumor. Accurate and detailed information on clinical and tumor characteristics, as well as monitoring the trends of epidemiological indicators and outcomes is essential for better understanding its behavior and improving its clinical management.

LISTA DE ACRÓNIMOS

- CIE-O-3.1: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición primera revisión
- CM: Comunidad de Madrid
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
- DCI: Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*)
- DCO: Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*)
- DT: desviación típica
- ENCR: Red Europea de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *European Network of Cancer Registries*)
- HR: hazard ratio, cociente de riesgo instantáneo
- IACR: Asociación Internacional de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Association of Cancer Registries*)
- IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Agency for Research on Cancer*)
- IC95%: Intervalo de confianza al 95%
- IP2011: Índice de Privación 2011 de la Sociedad Española de Epidemiología
- N/A: no aplica
- NE: no especificado/a
- NSE: nivel socioeconómico
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- RECAM: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid
- REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer
- SAI: sin otra indicación (por sus siglas en latín, *Sine Alter Indicatio*)
- SO: supervivencia observada
- TA-E: tasa de incidencia ajustada por población estándar europea (2013)
- TB: tasa de incidencia bruta (o cruda)
- TEE: tasa de incidencia específica por grupo de edad
- TNE: tumores neuroendocrinos

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayor parte de países del mundo, lo que lo sitúa entre los principales problemas de salud pública a nivel global. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), en 2022 se diagnosticaron cerca de 20 millones de casos nuevos de cáncer, causando 9,7 millones de muertes en todo el mundo¹. Se estima que 1 de cada 5 personas desarrollará un cáncer a lo largo de la vida, mientras que 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres fallecerá por esta causa. Además, debido al envejecimiento de la población mundial, se prevé que el número de casos nuevos de cáncer al año ascenderá a 35 millones en 2050, lo que supone un aumento del 77% sobre las estimaciones de 2022¹.

Las estimaciones realizadas por la IARC muestran que el cáncer sigue afectando más a los hombres que a las mujeres, y que existen diferencias notables en la incidencia de cáncer entre países, atribuibles a las diferencias en la prevalencia de los principales factores de riesgo¹. Ante este problema, el desarrollo de estrategias de prevención frente estos factores de riesgo del cáncer, especialmente las relacionadas con factores modificables incluidos en el Código Europeo Contra el Cáncer², cobran singular importancia.

Aunque algunos tipos de cáncer presentan una supervivencia alta debido a los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento, el cáncer de páncreas destaca por su agresividad y mal pronóstico. A nivel mundial, según el informe de GLOBOCAN, se estima que en 2022 el cáncer de páncreas ocasionó casi el mismo número de defunciones (467.005) que de diagnósticos (510.566), ocupando el sexto lugar como causa de defunción por cáncer, pese a ocupar la posición 12ª en incidencia¹.

En España, el cáncer de páncreas es relativamente poco frecuente en comparación con otras neoplasias malignas, pero presenta una de las supervivencias más bajas entre todos los tipos de cáncer, sólo por detrás del mesotelioma³. Las estimaciones más recientes de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) sitúan la incidencia del cáncer de páncreas en 10.405 casos nuevos en 2026, con una tasa de incidencia de 18,8 casos por 100.000 habitantes-año⁴ y una supervivencia neta a 5 años del 11,1%³. Las dificultades asociadas a su diagnóstico temprano, muchas veces debido a la ausencia de síntomas específicos en fases iniciales, contribuyen a que la mayoría de los pacientes reciban diagnósticos en estadios avanzados, siendo muy bajo el porcentaje de tumores resecables quirúrgicamente⁵.

Estas cifras reflejan la complejidad del manejo del cáncer de páncreas y la dificultad para adoptar medidas frente a esta enfermedad, debido a la falta de conocimiento que existe de los factores que modifican el riesgo de padecer un cáncer de páncreas. Aunque en la mayor parte de los casos la etiología del cáncer de páncreas es desconocida, se ha descrito una mayor incidencia asociada a algunos factores de riesgo, entre los que se encuentran los antecedentes familiares, la edad avanzada, el sexo masculino, el consumo de tabaco y de alcohol, la pancreatitis crónica, la diabetes y la obesidad⁵⁻⁷.

El cáncer de páncreas es una prioridad para los sistemas sanitarios desde el punto de vista clínico y de salud pública, siendo imprescindible mejorar el conocimiento de las características de los tumores que se diagnostican y de los factores asociados al pronóstico. Este informe tiene como objetivo describir la incidencia poblacional del cáncer de páncreas en 2018 en la Comunidad de Madrid (CM), presentar un análisis detallado de los tumores diagnosticados, y analizar la supervivencia de los pacientes a 1, 3 y 5 años.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos utilizados en este informe proceden del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). Se incluyeron todas las neoplasias malignas invasivas primarias de localización pancreática diagnosticadas en la población adulta (de 20 y más años) residente en la CM entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018. Se realizó un seguimiento del estado vital de hasta 5 años tras el diagnóstico. Por su carácter poblacional, el registro integra diferentes fuentes de información: el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) de hospitales y ambulatorios públicos y privados, la base de datos de Atención Primaria y las bases de datos de mortalidad de la Comunidad de Madrid. La información contenida en dichas fuentes es procesada y combinada para la obtención de una serie de casos posibles que posteriormente son revisados y validados a través de la consulta de la historia clínica informatizada. Los datos de población fueron obtenidos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística para el año 2018⁸.

La codificación y validación de la información recogida sigue las recomendaciones de la Red Europea de Registros de Cáncer (en inglés *European Network of Cancer Registries* –ENCR–) para los registros de cáncer de base poblacional⁹. En este sentido, se validan los datos de identificación personal, el lugar de residencia, la fecha de incidencia del tumor, la topografía (localización primaria), la morfología (histología del tumor), el comportamiento y la base de diagnóstico disponible, además de codificarse la extensión del tumor en el momento del diagnóstico. Para codificar la localización y la morfología se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología en su edición 3.1 (CIE-O-3.1)¹⁰, y se aplican las reglas de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IARC) y de la ENCR para la codificación de tumores primarios múltiples¹¹. La codificación de la extensión del tumor se realiza según las indicaciones de la TNM esencial¹². En el RECAM la población de referencia es el conjunto de personas que residen en la CM, considerándose como residente toda persona que lleve al menos 6 meses residiendo en la región.

El proceso de registro y validación se realiza utilizando la aplicación CanReg5, desarrollada por la IARC. Esta aplicación integra la herramienta IARCTools, que realiza un control de coherencia interna para detectar combinaciones de códigos topográfico-morfológicos poco probables o inverosímiles, tumores raros en ciertos grupos de edad y otras verificaciones esenciales para garantizar la calidad de los datos¹³.

Además, para estudiar el efecto del nivel socioeconómico sobre la incidencia y supervivencia del cáncer de páncreas, se utilizó el índice de privación 2011 (IP de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁴). El IP es un indicador del grado de privación socioeconómica de la población residente en cada sección censal del Estado español en 2011¹⁴. Se recogió el IP de todas las secciones censales de la Comunidad de Madrid y se dividió en terciles (Q1: menor nivel de privación (mayor nivel socioeconómico (NSE)) | Q3: mayor nivel de privación (menor NSE)). Los terciles se asignaron a los casos registrados, previamente georreferenciados mediante la dirección postal registrada en el momento del diagnóstico.

También se calculan varios indicadores de calidad de los datos propuestos por la IARC¹⁵, que incluyen el porcentaje de neoplasias diagnosticadas con confirmación microscópica; el porcentaje de casos con base de diagnóstico desconocida; el porcentaje de casos identificados únicamente a través del certificado de defunción (DCI); el porcentaje de casos diagnosticados únicamente a través del certificado de defunción (DCO); y el porcentaje de casos de tumores con morfología no especificada (NE) o inespecífica. Se clasificaron como casos NE aquellos con código morfológico 8000/3 (neoplasia maligna, SAI)¹⁵.

Para el análisis de la supervivencia se actualizó el estado vital de los pacientes incluidos en el estudio a 7 de julio de 2025 a través de diferentes fuentes, con el fin de asegurar su exhaustividad. En primer lugar, se recogió información de las bases de datos de mortalidad. En segundo lugar, se cruzó la información personal de los casos con el Índice Nacional de Defunciones (INDEF)¹⁶. En tercer lugar, se contrastó la información del RECAM con la base de datos poblacional de tarjeta sanitaria (CIBELES) y se registraron como fallecidos/as todas aquellas personas en la que constaba “Baja por defunción”. Por último, se registraron como fallecidas las personas cuya historia clínica recogía un exitus. Todas las personas que no fueron identificadas como fallecidas a través de estas fuentes se consideraron vivas al final del periodo de seguimiento.

Se realizó el estudio descriptivo de las variables recogidas por el RECAM mediante el cálculo de frecuencias relativas y absolutas por las variables de interés, incluyendo la morfología, el grado, el resumen de extensión y el nivel de privación. Se calcularon las tasas brutas (TB), tasas específicas por edad (TEE) y tasas ajustadas (TA) por edad usando la población estándar europea de 2013¹⁷, por cada 100.000 habitantes, desagregadas por sexo, grupos de edad, tipo morfológico, extensión tumoral y nivel socioeconómico.

Se realizó el análisis de supervivencia a 1,3 y 5 años. Se calculó la supervivencia observada (SO) y la supervivencia neta utilizando el estimador Pohar-Perme y las tablas de vida estratificadas por sexo, edad y año de la Comunidad de Madrid. Para identificar diferencias entre grupos y cuantificar el efecto de las variables al diagnóstico se aplicaron modelos paramétricos flexibles, estimándose el cociente de riesgos instantáneos (*hazard ratio*, HR) ajustando cada variable por el resto de covariables incluidas en el estudio. Los HR se reportaron con intervalos de confianza del 95%. Tanto la supervivencia como este análisis se estratificaron por sexo, grupos de edad, tipo de morfología (adenocarcinomas, tumores neuroendocrinos, otras neoplasias especificadas y neoplasias malignas sin especificar), grado histológico, resumen de extensión y nivel socioeconómico. Para el análisis de supervivencia se excluyeron todos los casos DCO y los diagnosticados por autopsia. Todos los análisis se realizaron con el software Stata 18.

3. RESULTADOS

3.1. Indicadores de calidad

En la Tabla 1 se muestran los indicadores de calidad de los datos:

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer de páncreas de la Comunidad de Madrid, 2018.

	Rango esperado	Resultado observado
Validación microscópica	>85%	79,8%
Proporción de casos DCI*	N/A	10,3%
Proporción de casos DCO**	<5%	4,0%
Proporción de casos no especificados (NE)***	<10%	25,6%

*DCI – Casos identificados inicialmente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*)
 **DCO – Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*)
 *** NE – Se consideraron casos “No Específicos” los tumores registrados con un código morfológico 8000/3
 N/A – No aplica

Estos indicadores son similares a los proporcionados por otros registros de nuestro entorno respecto a cáncer de páncreas, evidenciando que los métodos desarrollados por el RECAM permiten obtener datos con una alta validez interna. De los tumores con confirmación microscópica, un 30,0% (N=225) fueron diagnosticados mediante una histología de tumor primario, un 22,5% (N=169) por histología de metástasis, y un 39,8% (N=299) por citología. Solo uno de los casos (0,1%) fue diagnosticado en la autopsia.

3.2. Características de los pacientes con cáncer de páncreas

En la Tabla 2 se muestran las características de la población estudiada y de las neoplasias de páncreas diagnosticadas en el año 2018 en la CM. Durante ese año se diagnosticaron un total de 1.000 tumores pancreáticos en 5.280.919,5 personas-año de 20 y más años residentes en la CM. La edad media de los pacientes fue de 72 años (rango 30-102 años). El 60% de los pacientes tenían 70 o más años, y sólo el 17,0% de los pacientes eran menores de 60 años. Además, no se registró ningún tumor pancreático en personas menores de 30 años. El número de casos en mujeres y hombres fue similar, 492 mujeres (49,2%) frente a 508 hombres (50,8%), así como la distribución por nivel socioeconómico.

Respecto a la topografía de los tumores, la localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (44,2%, N=442), seguida por la cola del páncreas (14,5%, N=145). En cuanto a la morfología, el 67,2% de los tumores (N=672) fueron adenocarcinomas, y sólo el 3,4% (N=34) eran tumores neuroendocrinos. Se consiguió identificar el grado histológico en el 28,6% (N=286) de los tumores. Dentro de los tumores en que se registró el grado, la mayoría eran moderadamente diferenciados (47,6%, N=136).

Por último, cabe destacar que la mayoría de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico, 50,7% (N=507), porcentaje que asciende al 58,3% considerando sólo aquellos tumores en los que fue posible asignar el estadio. Solo un 8,5% de los tumores (N=85) se detectó en estadio localizado.

Tabla 2. Características del cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018 (N=1.000).

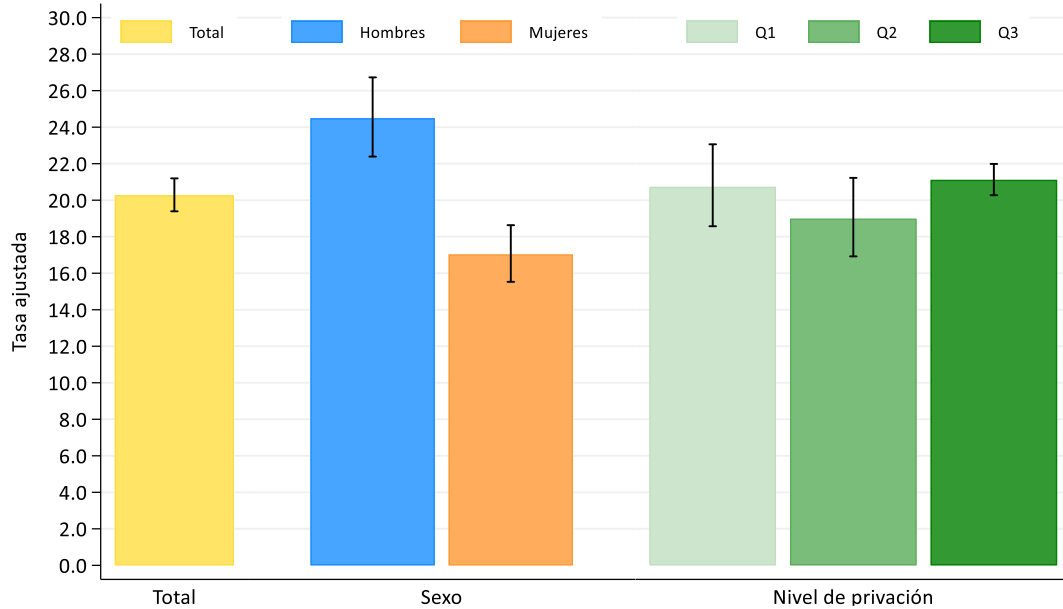
Sexo	N (%)
Hombres	508 (50,8%)
Mujeres	492 (49,2%)
Edad al diagnóstico (media, DE)	72,0 (12,4)
Grupos de edad	
Menores de 60 años	170 (17,0%)
60-69 años	231 (23,1%)
70-79 años	284 (28,4%)
Mayores de 80 años	315 (31,5%)
Índice de privación (terciles)	
Q1 (menor privación)	342 (34,2%)
Q2	313 (31,3%)
Q3 (mayor privación)	344 (34,4%)
Topografía (CIE-O-3.1)	
Cabeza del páncreas	442 (44,2%)
Cuerpo del páncreas	125 (12,5%)
Cola del páncreas	145 (14,5%)
Conducto pancreático	4 (0,4%)
Islotes de Langerhans	28 (2,8%)
Otras partes especificadas del páncreas	12 (1,2%)
Lesión de sitios contiguos del páncreas	115 (11,5%)
Páncreas, SAI	129 (12,9%)
Morfología (CIE-O-3.1)	
Adenocarcinomas	672 (67,2%)
Tumores neuroendocrinos	34 (3,4%)
Otras neoplasias malignas	38 (3,8%)
Neoplasia maligna, sin especificar	256 (25,6%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)	
Grado I, Bien diferenciado	61 (6,1%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	136 (13,6%)
Grado III, Pobremente diferenciado	74 (7,4%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	15 (1,5%)
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	714 (71,4%)
Resumen de extensión	
Localizado	85 (8,5%)
Tejido adyacente-ganglio regional	277 (27,7%)
Metástasis	507 (50,7%)
Desconocido	131 (13,1%)

3.3. Incidencia del cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid

La tasa de incidencia bruta para cáncer de páncreas en el año 2018 fue de 18,9 casos/100.000 habitantes. La tasa de incidencia ajustada a población europea (TA) fue algo superior, 20,3 casos/100.000 habitantes (IC95%: 19,4 - 21,2) (Gráfico 1 y Tabla suplementaria 1).

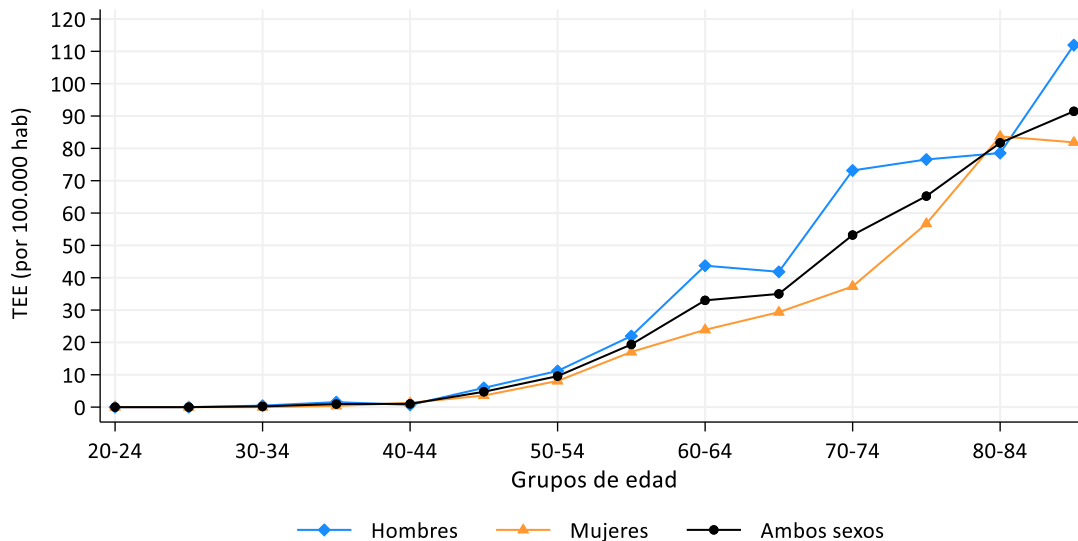
Por sexo, se observaron mayores tasas en hombres que en mujeres, tanto brutas (20,5 y 17,6 respectivamente) como ajustadas (24,5 y 17,0 respectivamente), y no se detectaron diferencias asociadas al nivel de privación (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa ajustada de incidencia de cáncer de páncreas, total, por sexo y por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018.



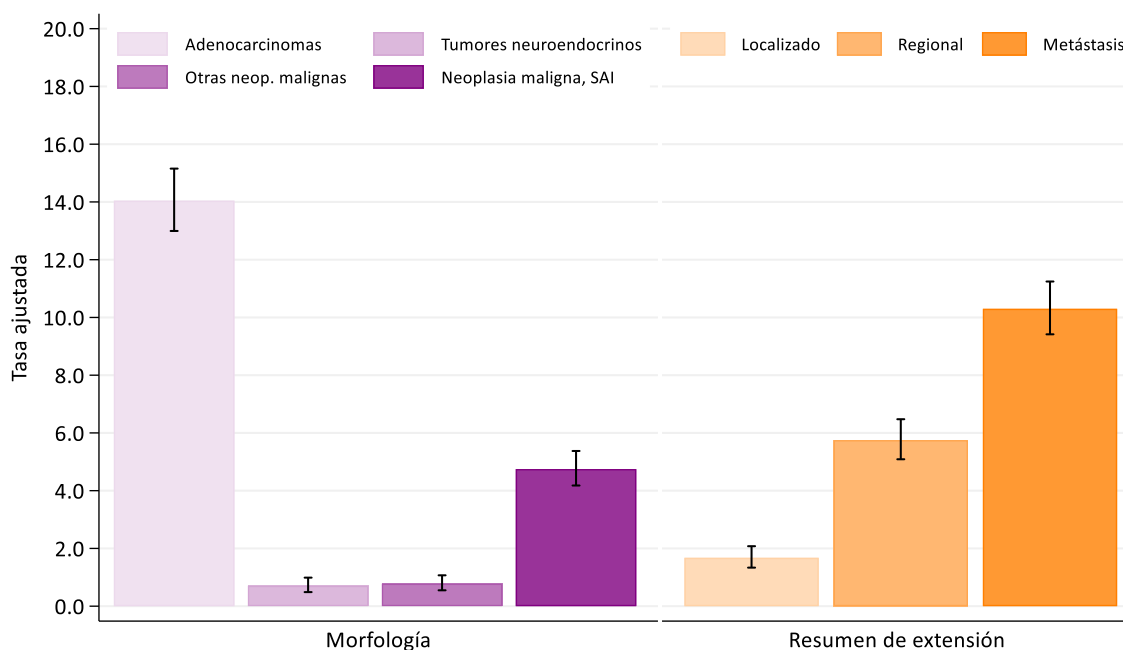
Por grupos de edad, se observó un importante aumento de las tasas específicas de incidencia con la edad. Las tasas específicas fueron superiores en los hombres en todos los grupos de edad salvo en el grupo de 80-84 años, que registró una tasa de incidencia ligeramente superior en mujeres que en hombres, como se muestra en el Gráfico 2. Tasa específica de incidencia de cáncer de páncreas, por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018.

Gráfico 2. Tasa específica de incidencia de cáncer de páncreas, por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018.



El Gráfico 3 muestra las TA por morfología y resumen de extensión. La TA correspondiente a los adenocarcinomas fue de 14,0 casos/100.000 habitantes, mientras que los tumores neuroendocrinos presentaron una TA de 0,7 casos/100.000 habitantes. En relación con el estadio al diagnóstico, la mayor TA correspondió a los tumores metastásicos (10,3 casos/100.000 habitantes), y la menor a los tumores localizados (1,7) (Tabla suplementaria 1).

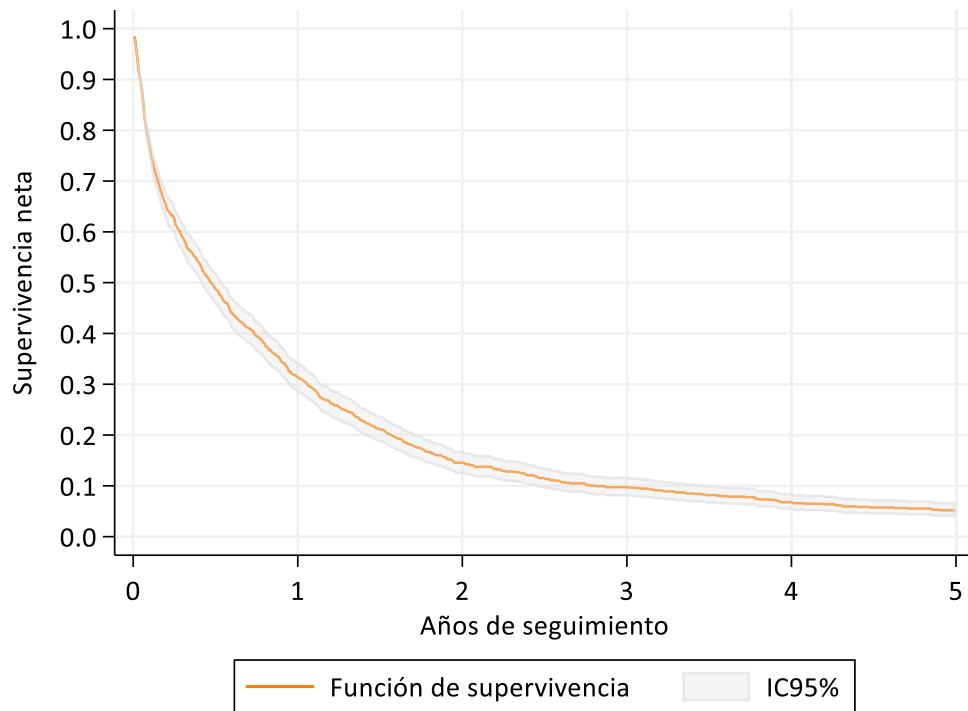
Gráfico 3. Tasa ajustada de incidencia de cáncer de páncreas por tipo morfológico y por resumen de extensión al diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2018.



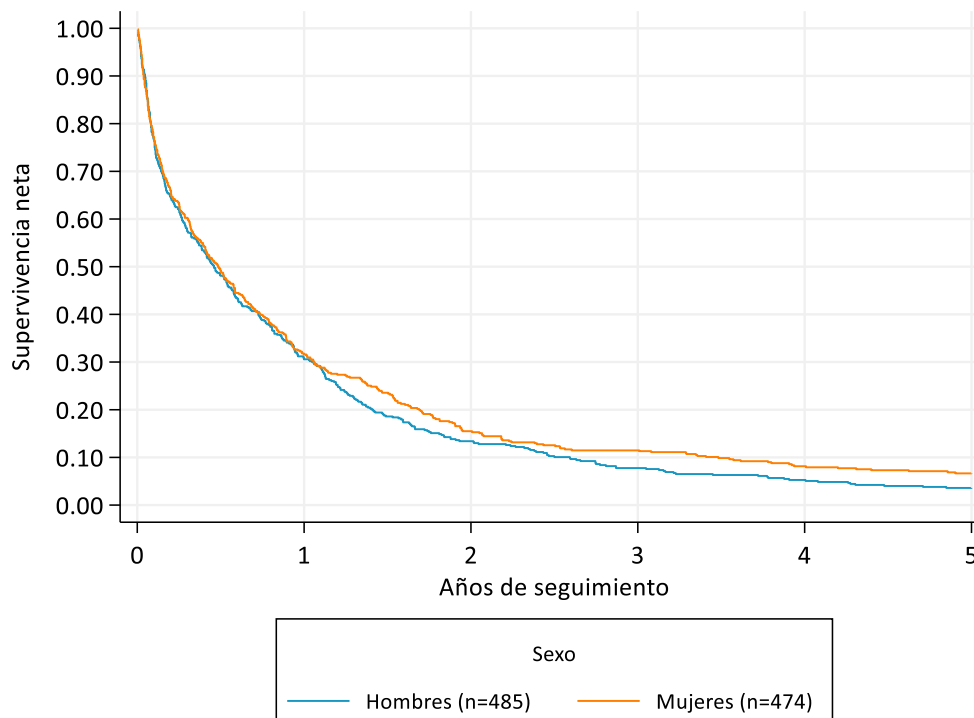
3.4. Supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid

El análisis de supervivencia se realizó sobre 959 pacientes, tras excluir 40 casos codificados como DCOs y 1 caso diagnosticado mediante autopsia. De los pacientes incluidos en este análisis, 915 habían fallecido a 31 de diciembre de 2023, 469 hombres y 446 mujeres.

La supervivencia global observada fue 4,9% a los 5 años (Tabla suplementaria 2), mientras que la neta fue del 5,2% (Gráfico 4, Tabla suplementaria 3). La supervivencia media fue de casi 1 año tras el diagnóstico, siendo ligeramente más alta en menores de 60, 1,5 años. Las gráficas se refieren a la supervivencia neta.

Gráfico 4. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

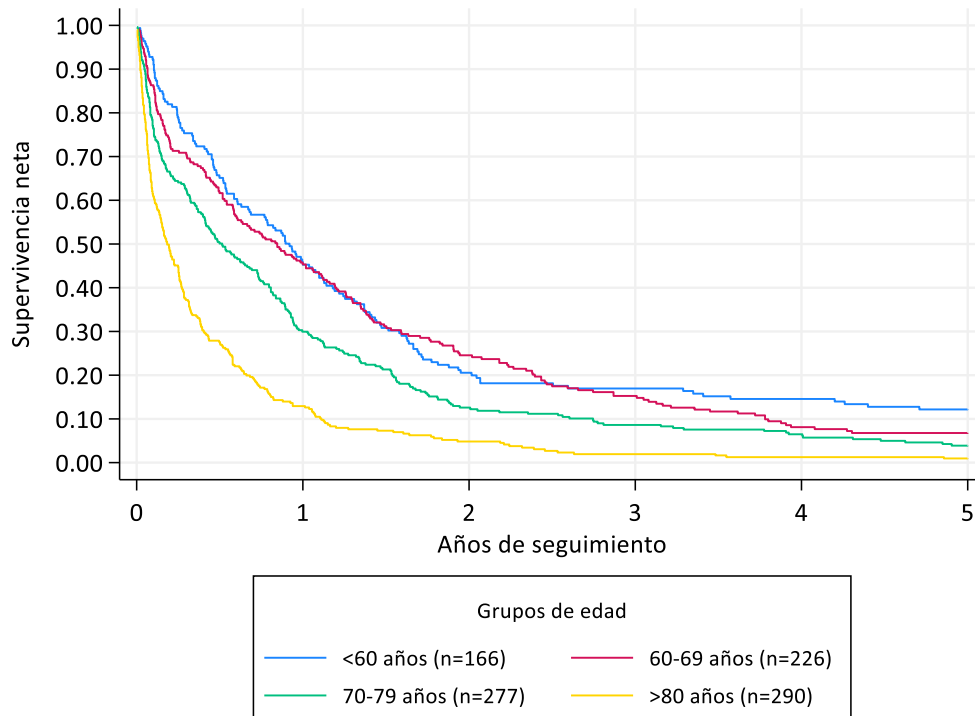
Por sexo, la supervivencia de los hombres fue similar a la de las mujeres hasta el primer año, 31,0% y 31,8% respectivamente. A partir de este momento se observó mejor supervivencia en estas últimas, con supervivencias netas a los 5 años de 3,8% en hombres y 6,7% en mujeres (Gráfico 5). Aunque el riesgo de fallecer a los 5 años fue un 14% mayor en hombres que en mujeres, estas diferencias no alcanzaron la significación estadística ($p=0,06$) (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 5. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas por sexo. Comunidad de Madrid, 2018.

Los pacientes menores de 60 años fueron los que presentaron mejor supervivencia (12,2% a los 5 años) (Gráfico 6), observándose una tendencia a una peor supervivencia al aumentar la edad, especialmente un año después del diagnóstico (Tabla suplementaria 3).

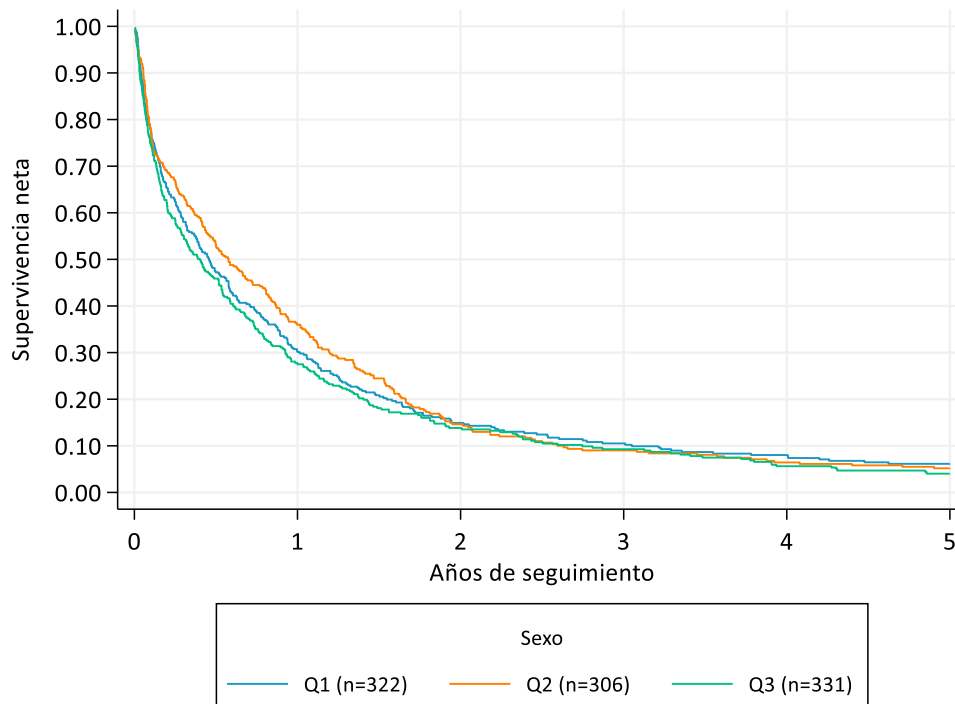
Respecto a los menores de 60 años, se observaron diferencias significativas entre el grupo de 70 a 79 años ($p<0,01$) y los mayores de 80 ($p<0,01$). El riesgo de fallecimiento del grupo 70-79 años fue 1,7 veces más, y en mayores de 80 años fue el doble que en menores de 60 años (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 6. Supervivencia neta de pacientes con cáncer páncreas por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018.



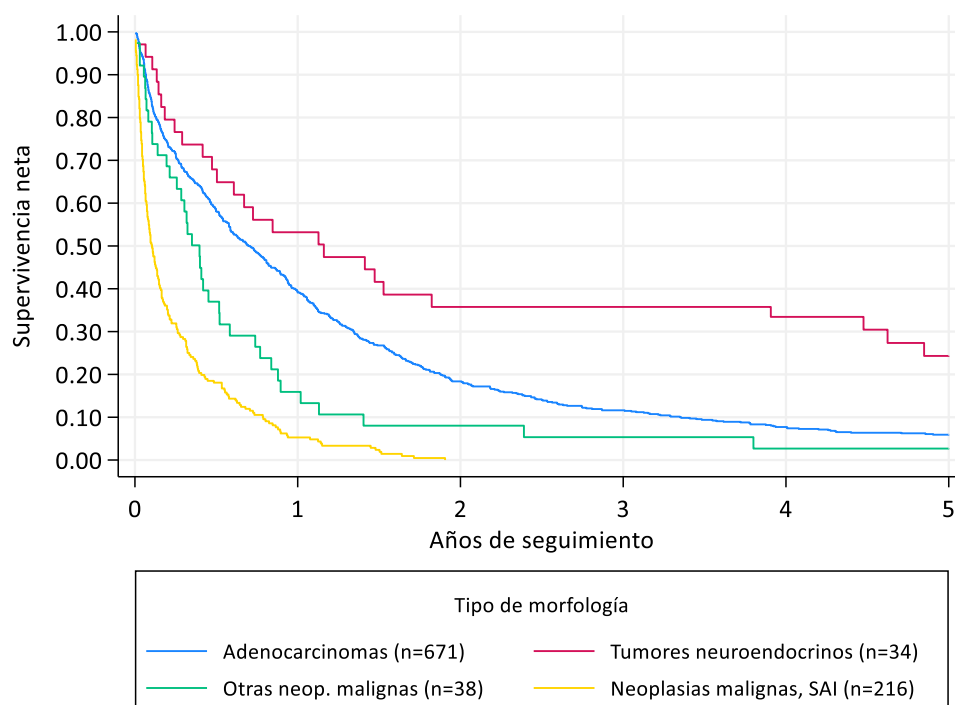
La supervivencia fue mayor en los pacientes de menor nivel de privación (6,3%), siendo el Q3 el que peor supervivencia presentó (4,1%) (Gráfico 7 y Tabla suplementaria 3). Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.

Gráfico 7. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas por nivel de privación. Comunidad de Madrid, 2018.



Al analizar por tipo morfológico, la mayor supervivencia se observó en pacientes con tumores neuroendocrinos (TNE), 24,7% a los 5 años, seguida de los pacientes con adenocarcinoma, que presentaron una supervivencia del 6,0% a los 5 años. Cabe destacar que todos los pacientes con neoplasias malignas no especificadas fallecieron antes de los 2 años (Gráfico 8 y Tabla suplementaria 3). Por otro lado, el riesgo de fallecer fue 2 veces mayor en pacientes con adenocarcinoma, y 4,6 veces más en pacientes con neoplasias malignas no especificadas (Gráfico suplementario 1)

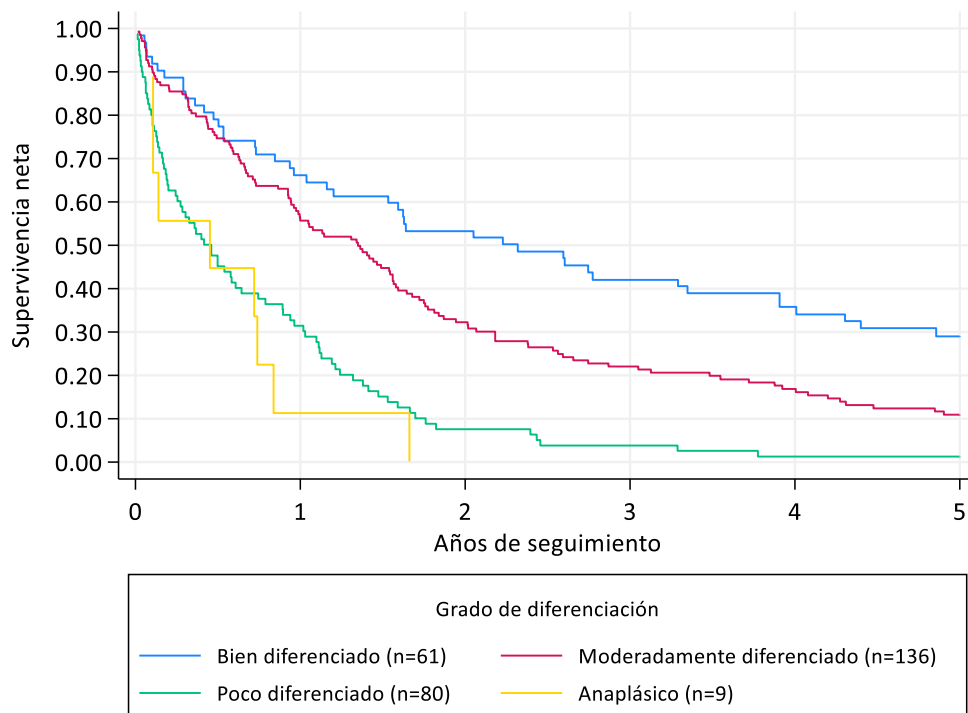
Gráfico 8. Supervivencia neta de los pacientes con cáncer de páncreas por tipo morfológico. Comunidad de Madrid, 2018.



El grado histológico fue determinante en la supervivencia, siendo los pacientes con tumores bien diferenciados los que tuvieron mejor supervivencia (29,7% a los 5 años). Los tumores moderadamente y pobremente diferenciados presentaron una supervivencia significativamente más baja (11,0% y 1,3% respectivamente), mientras que todos los pacientes con tumores anaplásicos fallecieron antes de los 2 años tras el diagnóstico (Gráfico 9).

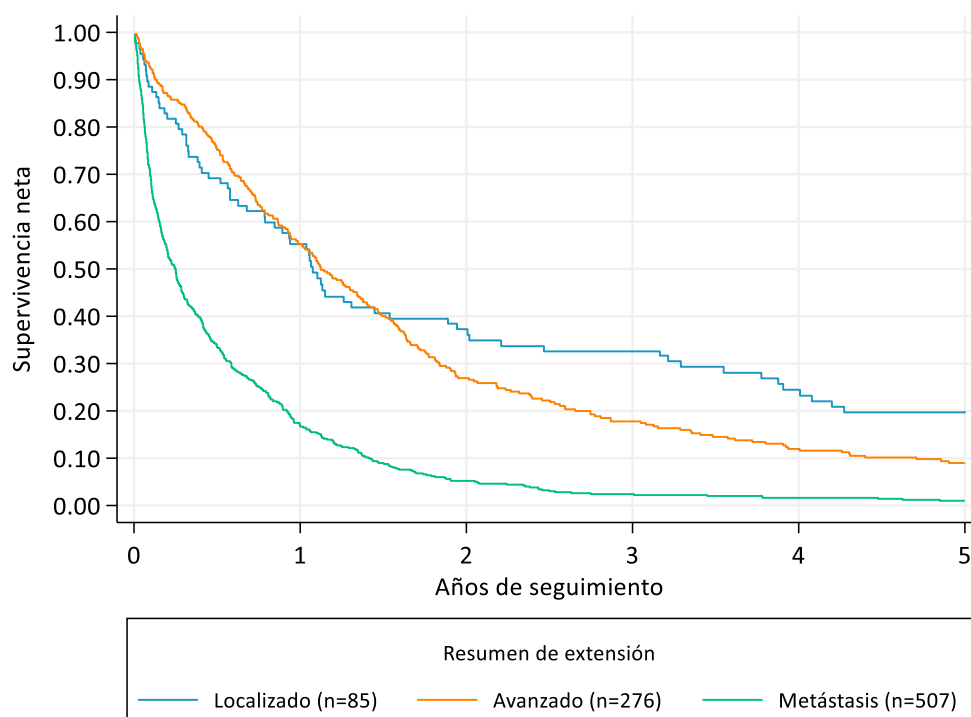
El riesgo de fallecimiento fue 1,4 veces mayor en tumores moderadamente diferenciados, y 2,8 y 2,5 en tumores pobremente diferenciados y anaplásicos respectivamente, todos ellos frente a los bien diferenciados (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 9. Supervivencia neta de los pacientes con páncreas por grado histológico. Comunidad de Madrid, 2018.



Al estudiar la supervivencia por resumen de extensión, la supervivencia fue más alta en pacientes con tumores localizados (20,4%) y avanzados (9,1%), disminuyendo significativamente en tumores metastásicos (1,0%) (Gráfico 10).

Esto supone un riesgo de fallecimiento 1,4 veces más alto en tumores avanzados y 3,3 veces mayor en tumores metastásicos respecto a los localizados (Gráfico suplementario 1).

Gráfico 10. Supervivencia de los pacientes con páncreas por resumen de extensión. Comunidad de Madrid, 2018.

Como se indica anteriormente, el riesgo de fallecimiento varió según características sociodemográficas y tipo de tumor, lo que se puede ver reflejado en la Gráfico suplementario 1.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este informe presenta un análisis detallado del perfil epidemiológico del cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid a partir de datos procedentes del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid de los casos diagnosticados en 2018.

La tasa de incidencia ajustada por edad a la población europea fue de 20,3 casos por 100.000 habitantes. Esta cifra es ligeramente superior a la estimada para España para 2026 (18,8 casos por 100.000 habitantes)⁴ pero similar a la calculada en otras regiones españolas y europeas^{4,18}. La supervivencia neta fue 5,2% a los 5 años, cifra algo inferior a la estimada por REDECAN para casos diagnosticados entre 2013-2017 en España (SN=8,9%)³ y a la de otros países europeos (rangos de 10-15%)¹⁹. También se observaron diferencias con otros países de renta alta, como EE.UU., con una supervivencia de 13,3% a los 5 años²⁰.

La distribución por sexo mostró una mayor incidencia en hombres, con una tasa ajustada de 24,5 casos/100.000 habitantes frente a 17,0 en mujeres. Esta diferencia es coherente con los datos publicados por otros registros¹ que atribuye una mayor carga de enfermedad en varones, principalmente relacionada con una mayor exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, la obesidad o determinadas condiciones metabólicas^{5,7}. Respecto a la supervivencia neta, fue mayor en mujeres (6,7%) que en hombres (3,8%).

En cuanto a la distribución etaria, la media de edad al diagnóstico fue 72 años y no se registró ningún caso en menores de 30 años. Las tasas ajustadas por grupo de edad confirman un incremento notable a partir de los 60 años, alcanzando su máximo en mayores de 85 años, con una TEE de 91,5. Esta fuerte asociación con la edad convierte al envejecimiento poblacional en un factor determinante para la carga futura de este tumor. En todos los grupos de edad la incidencia fue mayor en hombres que en mujeres, excepto entre los 80 y los 84 años. Además,

se observó una relación clara entre la edad y la supervivencia, que fue menor en pacientes de mayor edad (12,2% a los 5 años en menores de 60 años frente a 1,0% en mayores de 80 años).

Entre las variables propias del tumor, la localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (44,2%), seguida de la cola (14,5%) y el cuerpo (12,5%). Esta distribución es relevante no solo por su frecuencia, sino también porque los tumores de la cabeza se asocian a un mejor pronóstico²¹, entre otras razones porque pueden presentar síntomas más tempranos, como ictericia²¹, lo que facilitaría un diagnóstico temprano. De hecho, los tumores localizados en la cabeza fueron los únicos en los que el diagnóstico en fase localmente avanzada fue más frecuente que en fase metastásica.

El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma, con 672 casos (67,2%), mientras que los tumores neuroendocrinos representaron únicamente el 3,4% del total. En términos de supervivencia, los tumores neuroendocrinos presentaron un pronóstico claramente más favorable, mientras que los adenocarcinomas y, en particular, las neoplasias sin especificar, se asociaron a un riesgo de fallecimiento significativamente mayor. El peor pronóstico de los pacientes con neoplasias con morfología sin especificar se explica, en gran medida, porque son pacientes de edad avanzada, con la enfermedad muy extendida, generalmente con comorbilidad y situaciones de salud frágil, en los que es más frecuente un abordaje conservador. Por ello, en este tipo de pacientes es más frecuente que no se realicen pruebas invasivas que hubieran permitido conocer el tipo morfológico.

El grado de diferenciación histológica es una variable con gran impacto en el pronóstico, incluso por encima de la extensión tumoral. Los tumores bien diferenciados (grado I) fueron minoritarios, mientras que los moderadamente diferenciados (grado II) y pobremente diferenciados (grado III) fueron más frecuentes. Los más raros fueron los tumores anaplásicos o indiferenciados (grado IV), que mostraron un comportamiento marcadamente agresivo. El análisis multivariante reveló que los tumores de grado IV presentaron un riesgo de fallecimiento hasta 2,5 veces mayor. No obstante, debe subrayarse que el 71,4% de los casos carecían de información sobre el grado histológico, lo que limita la solidez de los resultados y recuerda la importancia de mejorar la disponibilidad de esta información en los datos de anatomía patológica.

Respecto a la extensión de la enfermedad al diagnóstico, los resultados reflejan la ya conocida realidad de este tumor: solo un 8,5% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio localizado, mientras que el 27,7% correspondieron a diagnósticos de enfermedad localmente avanzada y más del 50% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio metastásico, cifras similares a las observadas en otros estudios realizados en diferentes países europeos²². Esta distribución se traduce directamente en la supervivencia: la supervivencia neta a 5 años fue del 20,4% en enfermedad localizada, del 9,1% en enfermedad localmente avanzada y de apenas el 1,0% en los estadios metastásicos. La relación entre estadios más avanzados y menor supervivencia también ha sido descrita en otros países de renta alta^{20,22}, lo que refleja una situación globalmente desfavorable, que apenas ha mejorado en los últimos años²². Cabe destacar que la supervivencia neta encontrada en este estudio fue inferior a la descrita en otros registros, como el de Estados Unidos, donde la supervivencia en pacientes con enfermedad metastásica se sitúa en torno al 3,2%²⁰.

Desde el punto de vista metodológico, este informe presenta importantes fortalezas. Al estar basado en un registro poblacional consolidado, se garantiza la representatividad de los casos y se obtienen estimaciones robustas. La recopilación de datos a partir de múltiples fuentes, incluyendo hospitales públicos y privados, atención primaria y registros de mortalidad, junto con

la revisión manual de cada caso, ha permitido validar variables clave como la fecha de diagnóstico, la morfología tumoral, la localización topográfica y el estadio al diagnóstico. Este enfoque reduce la posibilidad de errores o duplicidades, y ha permitido la exclusión de pacientes que no residían en la CM. En cuanto a los indicadores de calidad de los datos, se muestran cifras que, más que señalar fallos en el registro, reflejan la complejidad del cáncer de páncreas como enfermedad. En este sentido, sólo el 79,9% de los pacientes contaron con confirmación microscópica, cifra que debe interpretarse teniendo en cuenta que el cáncer de páncreas suele diagnosticarse en fases más avanzadas, siendo más frecuente que en otros tumores la falta de confirmación microscópica²³. La principal limitación identificada fue la falta de acceso a historias clínicas de centros privados, lo que reduce la disponibilidad de información diagnóstica y morfológica en algunos pacientes.

En conclusión, el presente informe ofrece una descripción de la incidencia y supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas en la población que reside en la CM. La elevada proporción de pacientes diagnosticados en fases avanzadas y la baja supervivencia a los 5 años ponen de relieve el enorme reto que supone esta enfermedad. Disponer de información precisa sobre las características clínicas y tumorales, así como del estadio al diagnóstico y de la supervivencia, es fundamental para comprender su comportamiento y mejorar el abordaje de esta enfermedad.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración de los compañeros y compañeras del Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, especialmente de Candela Pino, Sonia Ávila, María Legarreta e Inmaculada Rodríguez, así como a Andrés Muñoz, Javier Soto e Irene González, del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Informe elaborado por: Clotilde Sevilla Hernández¹, Isaías Bautista², Natalia Cuenca Viñas³, Paula Martín García⁴, Melanie Ventura Jiménez¹, Beatriz Tabarés¹, María José Soto Zabalgozcoa⁵ y Nuria Aragonés¹.

(1) Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

(2) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

(3) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

(4) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

(5) Sección de Análisis Espacial de Determinantes de Salud. Unidad Técnica de Coordinación y Apoyo, Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018 y supervivencia a 1, 3 y 5 años. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 4. Volumen 31. Abril 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Bray, F. *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 74, 229–263 (2024).
2. Espina, C. *et al.* European Code Against Cancer 5th edition: 14 ways you can help prevent cancer. *Lancet Reg Health Eur* 63, 101592 (2026).
3. Guevara, M. *et al.* *Supervivencia de Cáncer en Población Adulta en España, 2003-2017.* (2025).
4. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). *Estimaciones de La Incidencia Del Cáncer En España, 2026.* <https://redecana.org/storage/documents/dc9dc273-8b61-475f-ae4f-88d447dc81fc.pdf> (2026).
5. Michl, P. *et al.* UEG position paper on pancreatic cancer. Bringing pancreatic cancer to the 21st century: Prevent, detect, and treat the disease earlier and better. *United European Gastroenterol J* 9, 860–871 (2021).
6. Maisonneuve, P. & Lowenfels, A. B. Risk factors for pancreatic cancer: a summary review of meta-analytical studies. *Int J Epidemiol* 44, 186–198 (2015).
7. Holze, M., Ahmed, A., Loos, M., Michalski, C. W. & Klotz, R. Sex differences in pancreatic cancer. *Chirurgie (Heidelb)* 95, 709–714 (2024).
8. Instituto Nacional de Estadística. Padrón anual. Resultados detallados Series anuales 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.
9. European Network of Cancer Registries. ENCR Recommendations. <https://encr.eu/ENCR-Recommendations>.
10. World Health Organization. ICD-O: International Classification of Diseases for Oncology - 3rd edition, 1st revision. 252 (2013).
11. International Agency for Research on Cancer & European Network of Cancer Registries. International Rules for Multiple Primary Cancers. (2004).
12. International Agency for Research on Cancer. Guía del Usuario TNM Esencial. (2024).
13. Ferlay, J., Burkhard, C., Whelan, S. & Parkin, D. M. Check and conversion programs for cancer registries. *International Agency for Research on Cancer* <http://www.iacr.com.fr/images/doc/TechRep42.pdf> (2005).
14. Duque, I. *et al.* Índice de privación en España por sección censal en 2011. *Gaceta Sanitaria* 35, 113–122 (2021).
15. International Agency for Research on Cancer. Indicators of data quality. (2017).
16. Ministerio de Sanidad. Índice Nacional de Defunciones. *Índice Nacional de Defunciones* (2025).
17. Eurostat. *Revision of the European Standard Population.* (2013).
18. European Cancer Information System (ECIS) - Comisión Europea. Incidencia de Cáncer en Europa. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/data-explorer> (2018).
19. Allemani, C. *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival: analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers during 2000–2014 from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-3). *Lancet* 391, 1023–1075 (2018).
20. SEER*Explorer Application. <https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer/>
21. Tomasello, G. *et al.* Outcome of head compared to body and tail pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis of 93 studies. *J Gastrointest Oncol* 10, 259–269 (2019).
22. Pancreatic Cancer UK. *Variation in Pancreatic Cancer Care and Treatment.* 14 <https://www.pancreaticcancer.org.uk/wp-content/uploads/2020/>. (2020).
23. Guevara, M. *et al.* Supervivencia de los pacientes con cáncer en Navarra y comparación con España. *An Sist Sanit Navar* 46, e1042.

6. ANEXOS

6.1. Anexo I: Incidencia

Tabla suplementaria 1. Incidencia de cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

	N	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC95%
TOTAL	1000	18,9	20,3	19,4 - 21,2
Sexo				
Hombres	508	20,5	24,5	22,4 - 26,7
Mujeres	492	17,6	17,0	15,5 - 18,6
Índice de privación				
Q1 (menor privación)	342	19,4	20,7	18,6 - 23,1
Q2	313	17,8	19,0	16,9 - 21,2
Q3 (mayor privación)	344	19,5	21,1	18,9 - 23,4
Morfología (CIE-O-3.1)				
Adenocarcinomas	672	12,7	14,0	15,5 - 18,6
Tumores neuroendocrinos	34	0,6	0,7	0,5 - 1,0
Otras neoplasias malignas	38	0,7	0,8	0,5 - 1,1
Neoplasia maligna, sin especificar	256	4,8	4,7	4,2 - 5,4
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)				
Grado I, Bien diferenciado	61	1,2	1,3	1,0 - 1,7
Grado II, Moderadamente diferenciado	136	2,6	2,9	2,4 - 3,4
Grado III, Pobremente diferenciado	74	1,4	1,5	1,2 - 1,9
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	15	0,3	0,3	0,2 - 0,5
Resumen de extensión				
Localizado	85	1,6	1,7	1,3 - 2,1
Tejido adyacente-ganglio regional	277	5,2	5,8	5,1 - 6,5
Metástasis	507	9,6	10,3	9,4 - 11,2

6.2. Anexo II: Supervivencia

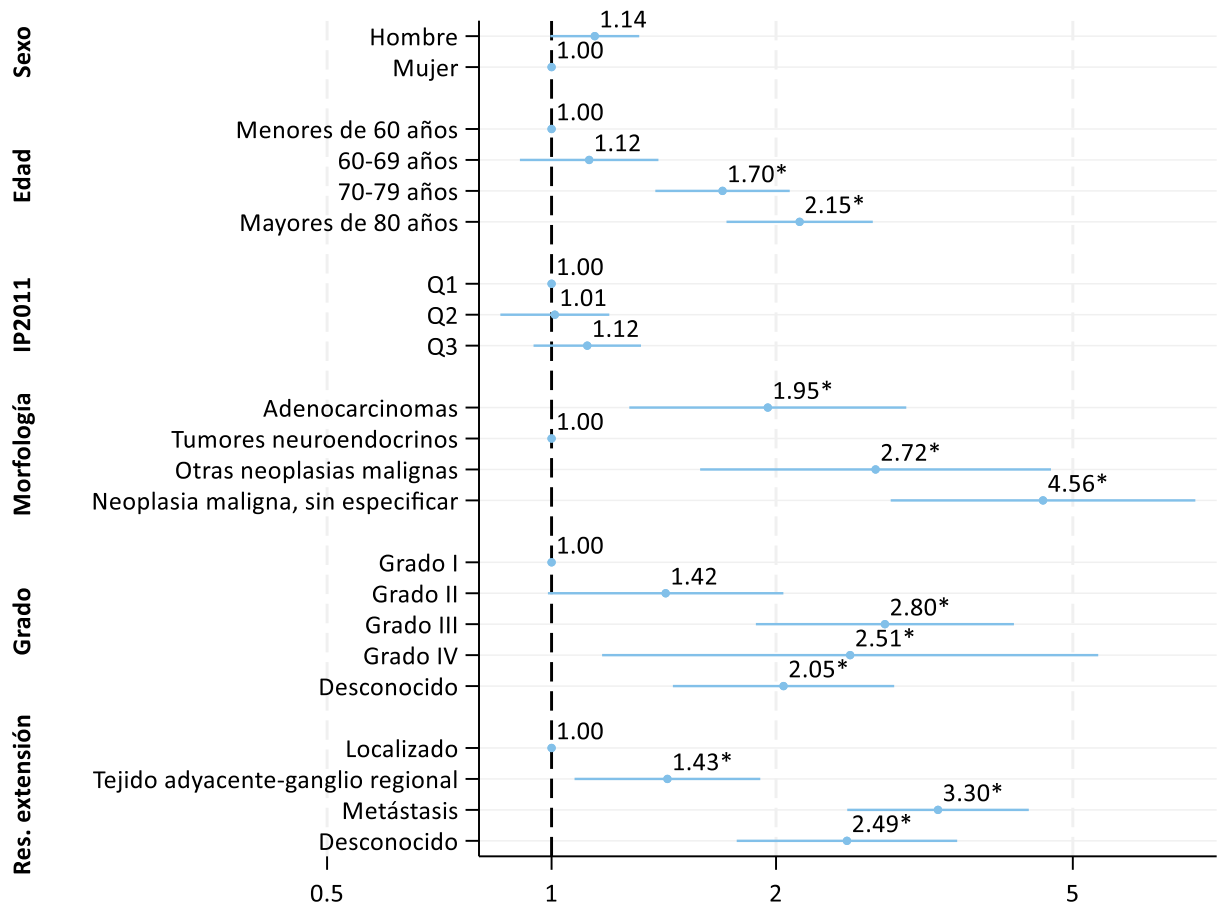
Tabla suplementaria 2. Supervivencia observada de cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

Total	N	Supervivencia neta					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
	959	30,8	27,8 – 33,7	9,4	7,7 – 11,3	4,9	3,7 – 6,4
Sexo							
Hombres	485	30,3	26,3 – 34,4	7,6	5,5 – 10,2	3,5	2,1 – 5,4
Mujeres	474	31,2	27,1 – 35,4	11,2	8,5 – 14,2	6,3	4,4 – 8,8
NSE							
Q1	322	29,8	24,9 – 34,9	10,3	7,2 – 13,9	5,9	3,7 – 8,8
Q2	306	35,6	30,3 – 41,0	8,8	5,6 – 12,3	4,9	2,9 – 7,7
Q3	331	27,2	22,5 – 32,1	9,1	6,3 – 12,5	3,9	2,2 – 6,4
Grupos de edad							
<60 años	166	45,2	37,5 – 52,6	16,9	11,6 – 22,9	12,1	7,7 – 17,5
60-69 años	226	45,1	38,6 – 51,5	15,0	10,7 – 20,0	6,6	3,9 – 10,4
70-79 años	277	29,6	24,3 – 35,0	8,3	5,4 – 11,9	3,6	1,9 – 6,3
>80 años	290	12,4	8,9 – 16,5	1,7	0,7 – 4,8	0,7	0,1 – 2,3
Morfología							
Adenocarcinomas	671	38,8	35,1 – 42,4	11,3	9,1 – 13,9	5,7	4,1 – 7,6
Tumores neuroendocrinos	34	52,9	35,1 – 68,0	35,3	19,9 – 51,0	23,5	11,1 – 38,6
Otras neoplasias malignas	38	15,8	6,4 – 28,9	5,3	0,1 – 15,5	2,6	0,2 – 11,8
Neoplasia maligna SAI	216	5,1	2,7 – 8,6	0	-	0	-
Grado							
Bien diferenciado	61	65,6	52,2 – 76,0	41,0	28,6 – 52,9	27,9	17,3 – 39,4
Moderadamente diferenciado	136	55,2	46,4 – 63,0	21,3	14,9 – 28,5	10	5,9 – 16,1
Pobremente diferenciado	80	31,3	21,5 – 41,5	3,8	1,0 – 9,6	1,3	0,1 – 6,0
Anaplásico	9	11,1	0,6 – 38,8	0	-	0	-
Resumen de extensión							
Localizado	85	54,1	43,0 – 64,0	31,8	22,2 – 41,7	18,8	11,4 – 27,7
Avanzado	276	54,7	48,7 – 60,4	17,4	13,2 – 22,1	8,7	5,8 – 12,4
Metástasis	507	16,6	13,5 – 19,9	2,4	1,3 – 4,0	0,1	0,4 – 2,2

Tabla suplementaria 3. Supervivencia neta de cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2018.

Total	N	Supervivencia neta					
		1 año		3 años		5 años	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
	959	31,4	28,9 - 34,0	9,8	8,1 - 11,7	5,2	3,9 - 6,8
Sexo							
Hombres	485	31,0	27,5 - 34,6	8,0	5,9 - 10,6	3,8	2,3 - 5,7
Mujeres	474	31,8	28,2 - 35,4	11,6	9,1 - 14,6	6,7	4,7 - 9,2
IP							
Q1	322	30,4	26,2 - 34,8	10,7	7,7 - 14,3	6,3	4,0 - 9,3
Q2	306	31,8	31,5 - 41,2	9,2	6,4 - 12,6	5,3	3,2 - 8,2
Q3	331	27,8	23,8 - 31,9	9,5	6,7 - 12,8	4,1	2,3 - 6,7
Grupos de edad							
<60 años	166	45,3	38,2 - 52,2	17,0	12 - 22,8	12,2	7,9 - 17,5
60-69 años	226	45,5	39,3 - 51,4	15,5	11,2 - 20,3	6,9	4,1 - 10,6
70-79 años	277	30,1	25,6 - 34,8	8,9	6 - 12,4	4	2,1 - 6,9
>80 años	290	13,3	10,8 - 16	2,0	0,9 - 4,1	1,0	0,2 - 2,9
Morfología							
Adenocarcinomas	671	39,3	36,0 - 42,7	11,8	9,6 - 14,3	6,0	4,4 - 8,0
Tumores neuroendocrinos	34	53,5	36,2 - 68,0	36,8	21,2 - 52,5	24,7	11,5 - 40,4
Otras neoplasias malignas	38	16,1	9,0 - 25,0	5,3	1,1 - 14,9	2,7	0,2 - 11,2
Neoplasia maligna SAI	216	5,4	4,2 - 6,9	0	-	0	-
Grado							
Bien diferenciado	61	66,4	53,1 - 76,8	42,7	29,7 - 55,0	29,7	18,3 - 42,0
Moderadamente diferenciado	136	55,9	47,4 - 63,5	22,4	15,8 - 29,7	11,0	6,4 - 17,1
Pobremente diferenciado	80	31,7	23,1 - 40,5	3,9	1,3 - 9,1	1,3	0,2 - 5,3
Indiferenciado	9	11,4	2,7 - 27,2	0	-	0	-
Resumen extensión							
Localizado	85	55,8	44,6 - 65,7	33,5	23,2 - 44,1	20,4	12,2 - 30,1
Avanzado	276	55,6	49,6 - 61,1	18,0	13,8 - 22,8	9,1	6,1 - 13,0
Metástasis	507	16,9	14,6 - 19,2	2,5	1,5 - 3,9	1,0	0,4 - 2,2

Gráfico suplementario 1. Riesgo de fallecer. Comunidad de Madrid, 2018.



6.3. Anexo III: Código Europeo Contra el Cáncer

1. Tabaquismo: no fume. No consuma ningún tipo de tabaco ni productos de vapeo. Si fuma, procure dejarlo.
2. Exposición al humo ambiental de tabaco: Mantenga su hogar y su coche libres de humo de tabaco.
3. Sobrepeso y obesidad: tome medidas para evitar o reducir el sobrepeso y la obesidad:
 - Limite los alimentos con alto contenido calórico, azúcares, grasas y sal.
 - Limite las bebidas con alto contenido de azúcar. Beba principalmente agua y bebidas sin azúcar.
 - Limite los alimentos ultraprocesados.
4. Actividad física: manténgase físicamente activo en su vida diaria. Limite el tiempo que pasa sentado.
5. Alimentación: consuma cereales integrales, verduras, legumbres y frutas como parte fundamental de su alimentación diaria. Restrinja la carne roja y evite las carnes procesadas.
6. Alcohol: evite las bebidas alcohólicas.
7. Lactancia: mantenga la lactancia materna tanto tiempo como sea posible.
8. Exposición al sol: evite una exposición excesiva al sol, sobre todo en los niños. Utilice protección solar. No utilice camas solares.
9. Factores causantes de cáncer en el trabajo: infórmese sobre los factores cancerígenos presentes en el trabajo y pida a su empleador que le proteja frente a ellos. Siga siempre las instrucciones de salud y seguridad en su lugar de trabajo.
10. Gas radón en interiores: infórmese sobre los niveles de gas radón en su zona mediante un mapa local de concentraciones de radón. Busque ayuda profesional para medir los niveles en su hogar y, si es necesario, reducirlos.
11. Contaminación atmosférica: tome medidas para reducir su exposición a la contaminación atmosférica de las siguientes maneras:
 - Utilizando el transporte público y caminando o utilizando la bicicleta en lugar del coche.
 - Eligiendo rutas con poco tráfico cuando camine, se desplace en bicicleta o haga ejercicio.
 - Manteniendo su hogar libre de humo evitando quemar materiales como el carbón o la madera.
 - Apoyando las políticas que mejoran la calidad del aire.
12. Infecciones cancerígenas
 - Vacune a niñas y niños frente al virus de la hepatitis B y el virus del papiloma humano (VPH) a la edad recomendada en su país.
 - Participe en las pruebas para la detección de los virus de las hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y *Helicobacter pylori*, y reciba el tratamiento correspondiente, conforme a lo recomendado en su país.
13. Terapia hormonal sustitutiva: si decide utilizar la terapia hormonal sustitutiva (para los síntomas de la menopausia) después de mantener una conversación exhaustiva al respecto con un profesional sanitario, limite lo máximo posible la duración del tratamiento.
14. Programas organizados de cribado del cáncer: participe, conforme a lo recomendado en su país, en programas organizados de cribado de los siguientes tipos de cáncer:
 - Cáncer colorrectal.
 - Cáncer de mama.
 - Cáncer cervicouterino.
 - Cáncer de pulmón.