



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO DE CANCER DE BASE POBLACIONAL DE CASTILLA Y LEON

Junio de 2006

INDICE:

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	3
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
DEFINICION DE CASO	7
VARIABLES A RECOGER	9
ASPECTOS ETICO-LEGALES	10
ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO:	
Unidad Central	11
Unidades Periféricas	12
Responsables Hospitalarios	12
Aplicaciones Informáticas	12
Periodicidad de Remisión	13
FUENTES DE INFORMACIÓN	15
PROCESAMIENTO INFORMATICO DEL RC	17
PREPARACION DE INFORMES	18
REGISTRO DE TUMORES MULTIPLES	19
CALIDAD DEL REGISTRO	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXO I: Ficha de declaración del Tumor	26
ANEXO II: Compromiso de confidencialidad	39

INTRODUCCION.-

En los países occidentales, el Cáncer ocupa una de las tres primeras causas de muerte. En Castilla y León el Cáncer, al igual que ocurre en España, es la segunda causa de mortalidad, constituyéndose en un problema de salud de gran trascendencia, con las implicaciones sociales y económicas que de ello se derivan.

Se estima que 10.000 castellanos y leoneses inician la enfermedad cada año y que uno de cada 3 varones y una de cada 5 mujeres tendrá cáncer a lo largo de su vida. Constituye la cuarta causa de ingreso hospitalario en la Comunidad Autónoma. Las patologías tumorales ocasionan la muerte de alrededor de 7.000 castellanos y leoneses cada año, significando la primera causa de mortalidad entre 40 y 74 años en Castilla y León, para ambos sexos; además de ser el motivo más frecuente de años potenciales de vida perdidos.

A nivel internacional se vienen desarrollando diversas actividades para el control de dicho grupo de patologías, que incluyen tanto la prevención, como la racionalización de la asistencia, así como la instauración de diferentes sistemas de información sanitaria, entre los que cabe reseñar los registros de base poblacional de cáncer.

La Ley 1/1993 de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de la Junta de Castilla y León, ha permitido la elaboración y aprobación de diferentes planes entre los que destaca el vigente segundo Plan de Salud de Castilla y León, aprobado mediante Decreto 212/1998, de 8 de octubre, en el que se incluyen un conjunto de objetivos relacionados directamente con el Cáncer.

La determinación de la mortalidad y de la morbilidad (Incidencia, Distribución y Tendencia) del Cáncer, requiere la existencia de un sistema de información o registro de Cáncer, entendiendo como tal, el resultado de la organización de las acciones encaminadas a recoger, analizar y difundir de manera continua, normalizada y sistemática, toda la información de los casos de Cáncer habidos en una comunidad.

El Decreto 122/2002, de 7 de noviembre, aprobó la Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León 2002-2004, en cuyo desarrollo se contemplan diferentes acciones, entre las que se encuentran un conjunto de actividades relativas a la mejora de los sistemas de información y de registro. El objetivo general de dicha Estrategia es mejorar la prevención, la atención y la calidad de vida de la población en relación con ese problema de salud en nuestra Comunidad.

Para la consecución de este objetivo general la Estrategia se articula en cinco líneas estratégicas, coincidentes con las recomendaciones de la OMS en esa materia, en las que se han introducido las oportunas adecuaciones a la realidad de nuestro territorio. Para cada una de las líneas estratégicas se realizó una revisión de la eficacia de las distintas intervenciones y una evaluación de las actuaciones desarrolladas hasta ese momento, lo que permitió identificar prioridades en las que basar los 12 objetivos de la Estrategia; cada uno de ellos incluyen las actividades a desarrollar y los indicadores para su evaluación.

En concreto, por el tema que nos ocupa, destacar que la *Línea estratégica 5ª*, que tiene por enunciado "*Aumentar nuestro conocimiento del cáncer. Sistemas de información, investigación y formación*", incluye el objetivo nº 10 sobre "Mejorar la calidad y cobertura en los sistemas de información sobre cáncer", comprende, entre las actividades a desarrollar, la creación del Registro de Cáncer de Base Poblacional de la Comunidad de Castilla y León. La Orden SAN/205/2005, de 8 de febrero, crea el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León ("BOCyL" nº 36, de 22 de febrero).

En nuestra Comunidad existen anteriores experiencias sobre Registros de Cáncer. Así, entre los Registros Poblacionales Monográficos de Cáncer se cuenta con el Registro de Cánceres Ginecológicos y de Mama de la Comunidad de Castilla y León, creado por el Decreto 122/1996, de 9 de mayo. Por otro lado, entre los Registros Hospitalarios de Tumores (RHT) tanto el Hospital de León, como el Hospital de El Bierzo, como el Hospital "Santa Bárbara" de Soria y el Hospital Río Hortega de Valladolid han colaborado con la coordinadora de RHT del Departamento de Estadística y Epidemiología de la Fundación Científica de la AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) dotándose de dicho sistema de información sanitaria. Igualmente, se han desarrollado algunos registros en el ámbito de la Atención

Primaria, tal como el Registro de Incidencia y Mortalidad por Cáncer en Medicina General (RIMCAN). Además son varios los registros específicos existentes.

OBJETIVO GENERAL.-

El Registro de Base Poblacional de Cáncer de Castilla y León (RBPCCyL) constituye un sistema de información epidemiológica para la recogida de información, clasificación y análisis de todos los casos de cáncer que se produzcan en las personas residentes en la Comunidad Autónoma, regulado mediante la Orden SAN/205/2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- 1.- Conocer la incidencia del cáncer y su distribución en función de las variables de sexo, edad, localización anatómica y tipo histológico.
- 2.- Establecer la distribución geográfica y temporal de los distintos tipos de cáncer.
- 3.- Servir para el desarrollo de estudios epidemiológicos que identifiquen grupos de población de mayor riesgo y permitan el establecimiento de patrones clínico-epidemiológicos para determinados tipos de tumores.
- 4.- Apoyar la planificación y evaluación de las actividades preventivas y asistenciales en el ámbito de las enfermedades tumorales.
- 5.- Favorecer la utilización del registro para el desarrollo de proyectos de investigación relevantes en el ámbito de las enfermedades oncológicas , garantizando en todo caso el cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley 8/2003, de 8 de abril, de la Junta de Castilla y León sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Estos objetivos permitirán un mayor conocimiento de la enfermedad lo que contribuirá a una mejor planificación de los recursos y a mejorar la calidad asistencial, así como en el área de la prevención, de la investigación y en la docencia de la Oncología.

DEFINICION DE CASO.-

Del total de casos que deben comunicar al Registro los centros sanitarios públicos o privados y cualquier profesional o institución que dispongo de información sobre casos de cáncer (artículo 5º de la Orden SAN/2005/2005) únicamente se incluirá en el RBPCCyL los tumores malignos incidentes (no los individuos que los padecen) que afectan a personas residentes en la Comunidad de Castilla y León, debiéndose registrar, en su caso, tumores múltiples (ver página 19).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

A ese efecto se entenderá por tumores malignos aquellos cuyo código de comportamiento sea igual o mayor a /3, según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología CIE-O. Y que sean incidentes del año en estudio de la población residente en Castilla y León.

También se registrarán los casos procedentes de los certificados de defunción o del Registro de Mortalidad de Castilla y León cuando no se haya encontrado información sobre el diagnóstico de cáncer en ninguna de las otras fuentes de información o para completar la de los casos ya registrados que lo precisen.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En consecuencia, no se registrarán los tumores de comportamiento incierto (benigno o maligno), con malignidad límite y carcinoma *in situ*, intraepitelial, no infiltrante no invasor. Es decir, no se registrarán los comportamientos /0, /1 y /2.

También se excluyen como casos incidentes las recidivas de los tumores malignos y las metástasis de un cáncer primario conocido.

CODIFICACIÓN

La codificación así como las normas de inclusión y exclusión de los tumores a registrar se adaptarán a lo establecido por la European Network of Cancer Registries (ENCR) en la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC), tomando como referencia actual lo previsto en su publicación Técnica Nº 40.

ACTIVIDAD

El RBPCCyL iniciará su actividad en las provincias que se determine con la integración de la oportuna información de su ámbito territorial relativa al año 2004. La futura implantación en otras provincias se producirá en función de la evaluación que se realice en las ya implantadas, momento en el que se determinará la fecha de inicio de esa actividad en la provincia y el de la de los registros a incorporar.

VARIABLES A RECOGER. -

Las variables básicas de los tumores a recoger en el RBPCCyL, según modelo Anexo I (página 26), serán:

- * Datos personales y de identificación: apellidos y nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de tarjeta sanitaria, número de DNI, residencia habitual con municipio y provincia, fecha de fallecimiento si se conociera.
- * Datos clínicos y anatomopatológicos: fecha de diagnóstico, localización, diagnóstico anatomopatológico, base del diagnóstico, fecha del diagnóstico patológico, estadio, otros tumores primarios, localización y año del diagnóstico, causa y fecha de defunción.
- * Datos de la fuente de información: fecha de recogida de la primera información, número de historia clínica, centros y servicios sanitarios.
- * Observaciones.

La información mínima imprescindible para la inclusión de un caso en el registro requiere disponer de la totalidad de las siguientes variables:

- * Primer apellido y nombre
- * Fecha de nacimiento o edad
- * Sexo
- * Provincia de residencia
- * Localización del Cáncer
- * Morfología y comportamiento del tumor
- * Año de diagnóstico

ASPECTOS ETICO-LEGALES.-

La Conserjería de Sanidad garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos, que exclusivamente empleará con fines científicos sanitarios y/o estadísticos, tal como señala el artículo 6º de la Orden SAN/205/2005 de 8 de febrero.

Para dar cumplimiento a lo previsto en la normativa aplicable para la protección de datos de carácter personal se publicó la Orden SAN/1363/2004, de 27 de agosto, por la que se procede a la creación del fichero automatizado con datos de carácter personal, denominado "Registro de Cáncer de Castilla y León" ("BOCyL", nº 171, de 3 de septiembre de 2004). Del mismo modo, el RBPCCyL está inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos con el código de inscripción nº 2042920252, cumpliendo con la legislación de datos personales (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

En ese sentido, para garantizar la protección de la base de datos y para facilitar la gestión de la misma se cuenta con la aplicación RECA (Registro de Cáncer) disponible en <http://ssaplica1.jcyl.es/reca/login.jsp>, cuyo Manual de Usuario puede consultarse en el apartado Ficheros disponibles del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León.

Además, dado el carácter reservado de los datos y para garantizar el respeto a la intimidad de los afectados, todo el personal dependiente de la Consejería de Sanidad que participe en el RBPCCyL deberá asumir el compromiso de confidencialidad incluido como Anexo II (página 39), impreso que será custodiado por el responsable del registro en cada ámbito (central o periférico).

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.-

La unidad básica funcional del RBPCCyL es el Registro Provincial de Base Poblacional, entendiéndose como tal la información relativa a dicha provincia.

Para la consecución del objetivo y de los fines del RBPCCyL resulta imprescindible identificar todos los casos nuevos de cáncer ocurridos durante un año en la población con residencia en cualquiera de los municipios del ámbito geográfico del Registro de Castilla y León. Para asegurar la necesaria exhaustividad de la cobertura del registro, se precisa:

- disponer de todos los Registros Hospitalarios de Tumores (RHT), públicos o privados, de su ámbito, ya que son la principal fuente de casos.
- notificación por parte de médicos, instituciones etc. que diagnostiquen o realicen seguimiento de la enfermedad.
- Contar con los datos procedentes del Registro de Mortalidad de Castilla y León.
- Información recabada del sistema sanitario nacional externo al propio de la Comunidad de Castilla y León.

Para un mejor desarrollo de sus funciones, el RBPCCyL se estructurará funcionalmente en una Unidad Central, ubicada en la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad, y en tantas Unidades Periféricas como provincias vayan progresivamente incorporándose al RBPCCyL, ubicados en los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social de cada una de ellas.

UNIDAD CENTRAL

La Unidad Central del Registro desarrollará las siguientes actividades:

- a) Revisar y actualizar los criterios de definición de «caso» y «metodología» a seguir en el Registro.
- b) Integrar procesar, analizar, comparar y evaluar la información procedente de las Unidades Periféricas del Registro, de acuerdo con las pautas homologadas internacionalmente, así como solicitar la información a otras comunidades autónomas donde se complete el estudio y tratamiento de los pacientes residentes en nuestra comunidad.

- c) Facilitar la información estadística establecida en las normas dictadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC).
- d) Coordinar la memoria anual de actividad del Registro.

UNIDADES PERIFERICAS

La información de cada provincia se centralizará en el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social en la que el Técnico responsable del Registro Provincial, tendrá las siguientes funciones a desarrollar:

- a) Recoger, integrar e informatizar los datos procedentes de distintas fuentes de información del Registro en la provincia.
- b) Remitir la información a la Unidad Central de Registro.
- c) Elaborar y actualizar del censo provincial de fuentes de Información para el Registro.
- d) Elaborar la memoria de actividad anual del Registro en la provincia.
- e) Analizar el Registro Provincial.

RESPONSABLES HOSPITALARIOS

Los Hospitales son las principales fuentes de Información del RBPCCyL. Cada centro hospitalario designará el profesional sanitario encargado de gestionar la información del hospital y de remitir el Registro Hospitalario de Tumores (RHT) a la Unidad Periférica del RBPCCyL.

APLICACIONES INFORMATICAS

Para facilitar la integración de la información en el RBPCCyL se dispone de:

- * La aplicación informática Algoritmo de Selección y Extracción de Datos Tumorales (ASEDAT) especialmente diseñada para colaborar en la elaboración del RHT. Su uso será facultativo por los hospitales, resultando de especial interés para los que no cuentan con un RHT ya establecido o consolidado. Dicha aplicación informática, cuyo Manual y Criterios de Uso pueden consultarse en el Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León, precisa licencia para su uso que será gestionada por el RBPCCyL para los hospitales que lo soliciten.
- * Otros casos comunicados por fuentes distintas a los RHT, incluyendo la Ficha de declaración del tumor en papel autocopiativo por

duplicado o la Ficha de declaración del tumor en soporte electrónico, Anexo I (página 26). En lo posible se evitará el empleo de la Ficha en papel autocopiativo fomentándose, por el contrario, la confección de Fichas vía Internet a través de la aplicación RECA, para lo que se requiere que los usuarios soliciten la oportuna clave de acceso a la herramienta.

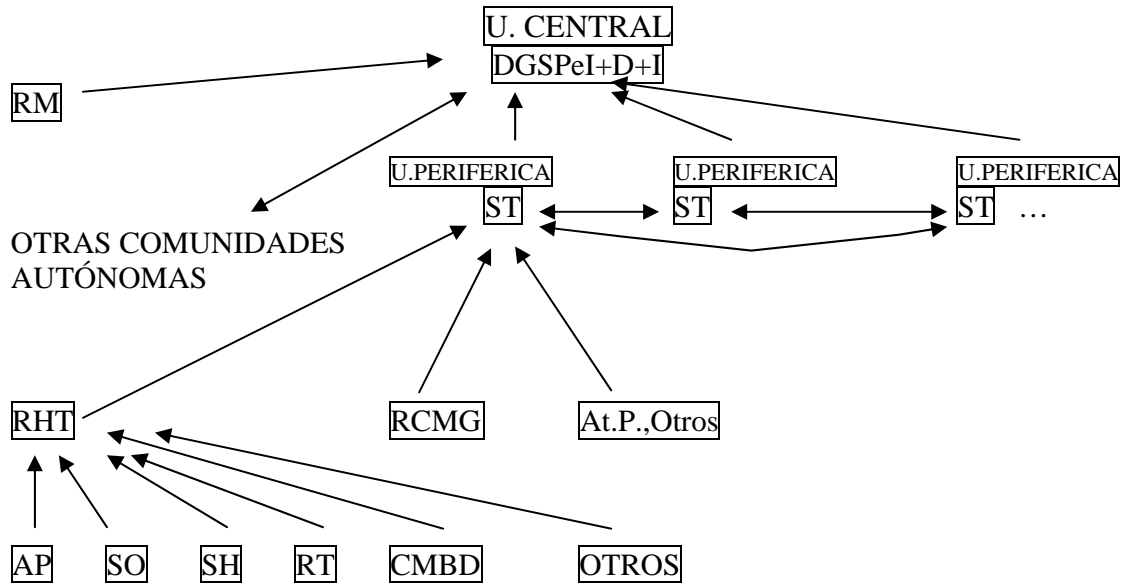
* La aplicación RECA que cruza todos los RHT, los casos incluidos de otras formas y los procedentes del Registro de Mortalidad, con el fin de evitar duplicados y/o completar los casos seleccionados, mediante identificadores comunes (DNI/CIF, nº TIS/CIP, nº SS, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, etc.).

Los registros que la aplicación RECA identifique como residente en otra provincia, por ejemplo los comunicados por el RHT, serán añadidos automáticamente al registro provincial correspondiente.

PERIODOCIDAD DE REMISION

La periodicidad de la remisión desde las fuentes de información a los Servicios Territoriales (Unidades periféricas del RBPCCyL) se realizará preferentemente con periodicidad anual, y siempre antes del uno de mayo del año siguiente al ejercicio analizado. Dicha comunicación se realizará a través del RECA, para lo que progresivamente se solicitará a través de las Unidades Periféricas las claves de acceso a esa herramienta.

El flujo de la información del Registro, a través de la aplicación RECA, se recoge seguidamente.



DGSPeI+D+i: Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación,

ST: Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social,

RHT: Registro Hospitalario Tumores,

RCMG: Registro de Cáncer de Mama y Ginecológico,

RM: Registro de Mortalidad,

At.P: Atención Primaria,

AP: Anatomía Patológica,

SO: Servicio de Oncología,

SH: Hematología,

RT: Radioterapia,

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

FUENTES DE INFORMACION.-

Para lograr la necesaria exhaustividad del RBPCCyL las fuentes de información de las Unidades Periféricas del Registro serán mixtas, de suerte que se nutrirá tanto de fuentes del ámbito de los servicios públicos como de los privados, tanto hospitalarias como extrahospitalarias que cuenten con información sobre casos de cáncer en la población con residencia en la Comunidad de Castilla y León (artículo 5º de la Orden SAN/205/2005). La relación de fuentes :

▪ HOSPITALARIAS:

- Registros Hospitalarios de Cáncer
- Servicios de Anatomía Patológica
- Servicios de Oncología
- Servicios de Hematología y Análisis Clínicos
- Servicios de Radiodiagnóstico y Radioterapia
- El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Ingresos Hospitalarios (CMBD) de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de los hospitales
- Los diferentes servicios sanitarios que se requieran para completar la información (Medicina Interna, Pediatría, Dermatología, Cirugía...).

▪ EXTRAHOSPITALARIAS:

- Registro de Cáncer de Mama y Ginecológico de Castilla y León
- Registro Nacional de Tumores Infantiles
- Registro de Mortalidad (RM)
- Atención Primaria.
- Clínicas y Laboratorios privados de Anatomía Patológica, de Radiodiagnóstico y Radioterapia y de Oncología.
- Tarjeta Sanitaria Individual de SACYL: con el objeto de completar la información de los datos personales de los pacientes con tumores incluidos en el Registro.

Desde la Unidad Central del Registro se realizarán las gestiones necesarias para disponer de la información de los residentes en nuestra comunidad que reciben atención por patología tumoral en otra Comunidad Autónoma diferente a Castilla y León.

PROCESAMIENTO INFORMATICO.-

Las aplicaciones informáticas utilizadas por el RCBPCyL son:

- Algoritmo de Selección y Extracción de Datos Tumoraes ASEDAT para los Hospitales sin Registros Hospitalarios de Tumores.
- Aplicación Registro de Cáncer de Castilla y León **RECA**, para integrar y cruzar los RHT que resulten de la aplicación ASEDAT o que previamente estén establecidos en los Hospitales de manera consolidada.

Esta aplicación así mismo servirá para la introducción caso acaso de aquellas fuentes del ámbito privado en las que la notificación en vez de ser por la ficha de declaración del tumor en papel, sea vía telemática por Internet.

VALIDEZ INTERNA

Las pruebas de validez interna de los datos registrados son:

- Compatibilidad entre fecha de diagnóstico y fecha de nacimiento
- Compatibilidad entre sexo y localización tumoral
- Compatibilidad entre morfología tumoral y edad
- Compatibilidad entre localización tumoral y edad.

PREPARACION DE INFORMES.-

INDICADORES

Elaboración de indicadores del RC para cada año en estudio:

- * Frecuencias absolutas y relativas de localización tumoral, grupos de edad y sexo.
- * Tasas de incidencia brutas y específicas según localización tumoral, grupos de edad y sexo.
- * Tasas de incidencia Ajustadas por el método directo a las poblaciones europea y mundial , según localización tumoral y sexo
- * Tasas de incidencia Truncadas de 35 a 64 años ajustadas por el método directo a las poblaciones europea y mundial , según localización tumoral y sexo.
- * Porcentaje de las morfologías de las principales localizaciones tumorales.
- * Razón hombre/mujer de las tasa ajustadas por el método directo a las poblaciones europea y mundial.

MEMORIA DEL REGISTRO DE CANCER

*Memoria anual del RC que incluirá:

- + Gestión del RC
- + Fuentes de Información
- + Análisis de la información del RC
- + Docencia
- + Proyectos de Investigación etc.

REGISTRO DE TUMORES MÚLTIPLES .-

Para la tipificación tumores múltiples se utilizan las reglas de la IARC.

Reglas para la codificación de tumores múltiples

REGLA 1: El reconocimiento de la existencia de 2 ó más tumores múltiples primarios no depende del tiempo transcurrido entre la aparición de los mismos.

REGLA 2: Un cáncer primario es aquél que se origina en una localización primaria o tejido y no es una extensión, recidiva o metástasis.

REGLA 3: Solamente se reconocerá un tumor en cada órgano o par de órganos o tejido. Para los tumores cuya localización está de acuerdo con la primera edición de la CIE-O o la CIE-9 un órgano o tejido esta definido por la categoría de tres caracteres del código topográfico.

La CIE-10 y la segunda y tercera edición de la CIE-O tienen un conjunto más detallado de códigos topográficos. Las localizaciones englobadas en algunos grupos de códigos se consideran como un órgano individual para la definición de tumores múltiples. La tabla 1 presenta esos grupos de códigos topográficos.

Los tumores multifocales (es decir, masas aparentemente discretas sin continuidad con otros tumores primarios dentro del *mismo* órgano o tejido primario como, por ejemplo, la vejiga urinaria) se cuentan como un solo tumor.

El cáncer de la piel es un problema especial porque el mismo individuo puede tener muchas de esas neoplasias en el curso de su vida. La regla de la IARC/IACR (International Association of Cancer Registries) para el cálculo de incidencia establece que solo el primer tumor de un tipo histológico definido, *en cualquier parte de la piel*, se cuenta como un incidente de cáncer a menos que, por ejemplo, uno de ellos fuera un melanoma maligno y el otro un carcinoma basocelular.

REGLA 4: La regla 3 no se aplica en dos circunstancias:

4.1. Para cánceres sistémicos o multicéntricos que potencialmente comprometen varios órganos separados, se incluyen cuatro grupos histológicos: linfomas, leucemias, sarcoma de Kaposi y mesotelioma (grupos 7, 8, 9 y 10 en la tabla 2). Ellos se cuentan solamente una vez en cada individuo.

4.2. Otras histologías específicas se considera que son diferentes para el propósito de definir tumores múltiples (grupos 1, 2, 3, 4, 6 y 11 en la tabla 2). Por lo tanto, un tumor que aparece en el mismo órgano, pero con histología diferente, se considera como un nuevo tumor. Los grupos 5 y 12 comprenden tumores que todavía no han sido tipificados histológicamente en forma satisfactoria y, por lo tanto, no se pueden distinguir de otros grupos.

Tabla 1. Grupos de códigos topográficos de la segunda y tercera edición de la CIE-O considerados como una localización única en la definición de cánceres múltiples

Segunda/tercera Edición		Primera edición
C01	Base de la lengua	
C02	Otras partes y las no especificadas de la lengua	141
C05	Paladar	
C06	Otras partes y las no especificadas del paladar	145
C07	Glándula parótida	
C08	Otras partes y las no especificadas de las glándulas Salivales mayores	142
C09	Amígdala	
C10	Orofaringe	146
C12	Seno piriforme	
C13	Hipofaringe	148
C19	Unión rectosigmoidea	
C20	Recto	154
C23	Vesícula biliar	
C24	Otras partes y las no especificadas de las vías biliares	156
C30	Fosas nasales y oído medio	
C31	Senos paranasales	160
C33	Tráquea	
C34	Bronquios y pulmón	162
C37	Timo	164
C38.0-3	Corazón y mediastino	164
C38.8	Lesión de sitios contiguos del corazón, del mediastino y de la pleura	165.8
C40	Hueso, articulaciones y cartílagos articulares de los miembros	
C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares de otros Sitios y de sitios insospechados	170
C51	Vulva	184.4
C52	Vagina	184.0
C57.7	Otras partes especificadas de los órganos genitales femeninos	184.9
C57.8-9	Lesión de sitios contiguos y de los órganos genitales femeninos, SAI	184.8, 184.9
C60	Pene	184.0
C63	Otras partes y las no especificadas de los órganos genitales masculinos	187
C64	Riñón	
C65	Pelvis renal	
C66	Uréter	
C68	Otros órganos urinarios y los no especificados	189
C74	Glándula suprarrenal	194.0
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	194

Tabla 2. Grupos de neoplasias malignas considerados como histológicamente “diferentes” para el propósito de definir tumores múltiples (adaptado de Berg, 1994)

Carcinomas	
1 Carcinomas epidermoides	M-805--M-808, M-812, M-813
2 Carcinomas basocelulares	M-809-M-811
3 Adenocarcinomas	M-814, M-816, M-819-M-822, M-826-M-833, M-835-M-855, M-857, M-894
4 Otros carcinomas especificados	M-803, M-804, M-815, M-817, M-818, M-823--M-825, M-834, M-856, M-858--M-867
5 Carcinomas no especificados (SAI)	M-801, M-802
6 Sarcomas y tumores de tejidos blandos	M-868--M-871, M-880--M-892, M-899, M-904, M-912, M-913, M-915--M-925, M-937, M-954--M-958
7 Linfomas	M-959--M-972
8 Leucemias	M-980--M-994, M-995, M-996, M-998
9 Sarcoma de Kaposi	M-914
10 Mesotelioma	M-905
11 Otros tipos de cáncer especificados	M-872--M-879, M-893, M-895--M-898, M-900--M-903, M-906--M-911, M-926--M-936, M-938--M-953, M-973--M-975, M-976
12 Tipos de cáncer no especificados	M-800, M-997

CALIDAD DEL REGISTRO.-

Con el objetivo de medir la calidad del Registro se medirá con indicadores propuestos y aceptados internacionalmente por la IARC:

- indicadores de exhaustividad:
 - razón de tasa de mortalidad/incidencia.
 - curva de incidencia específica por edad.

- indicadores de validez:
 - proporción de casos con edad desconocida, recomendable < 3%.
 - proporción de casos con sexo desconocido.
 - proporción de casos sin confirmación histológica, recomendable < 10%.
 - localizaciones mal definidas y primaria desconocida, recomendable < 10%.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Muir CS, Percy C. Cancer registration: principles and methods. Classification and coding of neoplasms. IARC Sci Publ 1991; (95): 64-81.
- 2.- Tyczynski JE, Démaret E, Parkin DM. Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Publication N° 40. Lyon 2003.
- 3.- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer Incidence in Five Continents. Volumen VIII. N° 155; Lyon: IARC Scientific Publications, 2002.
- 4.- World Health Organisation (WHO). International Classification of Diseases for Oncology. First edition. Geneva; WHO, 1976.
- 5.- Percy C, Van Loteen V, Muir C. eds. International Classification of Diseases for Oncology. WHO. Second edition. Ginebra, 1990.
- 6.- Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. 3ª edición. Washington, D.C. : Organización Panamericana de Salud. Publicación Científica y Técnica : 586. OPS 2003.
- 7.- Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. OPS Publicación Científica nº 353. Washington, 1978.
- 8.- Organización Panamericana de Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados. 10ª edición (CIE-10).
- 9.- Multiples primaries. Lyon: International Agency for Research on Cancer. International Association of Cancer Registries, 1994. Internal Report N° 94/03.
- 10.- Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J et al . Comparabilidad y control de calidad en los Registros de Cáncer. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995. Technical Report N° 19.
- 11.- Mac Leennan R, Muir C, Steintz R and Winkler A. Cancer Registrations and its Techniques. IARC Scientific Publications N° 21. Lyon. 1978.

- 12.- Peris-Bonet R, Giner B, García A, Sanchez de Toledo J, Acha T. Registro Nacional de Tumores Infantiles. Estadísticas básicas 4. 1980-2001. Supervivencia 1980-1997. Universidad de Valencia. Valencia 2003.
- 13.- Moreno V, González JR, Soler M, Bosch F, Kogevinas M, Borrás J. Estimación de la Incidencia de cáncer en España: período 1993-1996. Gaceta Sanitaria 2001; 15: 380-388.
- 14.- Manual de procedimientos de los Registros de Tumores Hospitalarios, del Sistema de Intercambio de datos de Cáncer en la Comunidad de Madrid. Madrid 2002. Disponible en http://www.madrid.org/sanidad/Orco/pdf/manual_procedimientos.pdf
- 15.- Manual de procedimientos del Registro de Cáncer en la Comunidad de Murcia. Murcia 2003. Disponible en <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=1802&idsec=88>
- 16.- Registro Hospitalario de Tumores del Instituto Catalán de Oncología. Disponible en <http://rht.iconcologia.catsalut.net/cas/>
- 17.- Protocolo del Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer de Extremadura. 2002.

ANEXO I

FICHA DE DECLARACION DEL TUMOR

FICHA DE DECLARACION DEL TUMOR

Nº de Registro.....

DATOS PERSONALES

Apellido 1º.....Apellido 2º.....

NombreSexo.....Fecha Nacimiento...../...../.....

Nº Tarjeta Sanitaria..... Nº D.N.I.....

Lugar de Residencia...../ / Provincia...../ /

DATOS DEL TUMOR

Fecha del Diagnostico...../...../.....

Localización
(topografía)...../ /

Morfología (histología)..... / /

Base del diagnostico.....

Estadio...../ /

Fecha de defunción...../...../.....

Causa de defunción.....

DATOS DE LA FUENTE DE INFORMACION

Centro Sanitario.....

OBSERVACIONES

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA DE DECLARACION.-

1º N° de Registro.- nº de orden del tumor registrado en el año de incidencia y provincia informante (2004/15....)

2º Apellidos y Nombre.- letra mayúsculas y clara

3º Sexo.- hombre (1), mujer (2) o intersexuales o indeterminados (9)

4º Fecha de nacimiento.- DD/MM/AAAA

5º Lugar de residencia.- letra mayúsculas y clara y el código del INE (BURGOS /09/...)

6º Fecha del Diagnóstico.- en consulta motivada por el tumor, en caso de no existir fecha de diagnóstico se utilizara la fecha de la primera consulta o ingreso y en segundo lugar informe anatómico- patológico o del laboratorio

7º Localización (topografía).- según los códigos topográficos de la CIE- O (3 dígitos de localización y 4º para sublocalización)

8º Morfología (histología).- según los códigos morfológicos de la CIE- O (4 dígitos morfológicos y 5º para el comportamiento)

9º Base del diagnóstico.- se anotara aquella prueba que se considere de mayor fiabilidad para el diagnóstico (histología, citología, analítica, radiología, clínica...)

10º Estadío.- siempre que exista esta información en la documentación consultada. Por tanto el Registro no reconstruye la extensión sistemáticamente y tampoco utiliza una sola clasificación. Así para la mama se utiliza el T.N.M; para colon y recto, DUKES y ASTLER COLLER; para el melanoma, de CLARK y BRESLOW; para la vejiga urinaria, el de JEWETT MARSHALL; la de FIGO, para el cervix; la de GLEASON, para la próstata y la extensión propiamente dicha (In situ, Localizado, Regional, Diseminado y Desconocida).

ESTADIOS TNM DEL CANCER DE MAMA

TUMOR PRIMARIO (T)

- TX El tumor primario no puede ser valorado
- T0 Sin signos de tumor primario
- Tis Ca. In situ: Ca. Intraductal. Ca. Lobulillar in situ, enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
- T1 Tumor menor o igual a 2 cm. en su mayor dimensión.
T1a $T \leq 0.5$ cm T1b $0.5 > T \leq 1$ cm T1c $1 > T \leq 2$ cm
- T2 Tumor $>$ de 2 cm y menor o igual a 5 cm en su mayor dimensión
- T3 Tumor de más de 5 cm de dimensión máxima
- T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a pared torácica o a piel:
T4a Extensión a pared del tórax que incluye costillas, músculos intercostales y serrato anterior (no incluye músculo pectoral)
T4b Edema (o "piel de naranja"), piel mama ulcerada, nódulos satélites piel mama afectada.
T4c T4a + T4b
T4d Carcinoma inflamatorio

GANGLIOS LINFATICOS (N)

- NX G.L. no pueden valorarse
- N0 No se advierte metástasis en ganglios regionales
- N1 Metástasis a ganglios axilares homolaterales móviles
N1a Sólo micrometástasis (≤ 0.2 cm) / N° Gánglios examinados
N1b Metástasis mayores de 0.2cm / N° Gánglios afectados
- N2 Metástasis a ganglios axilares homolaterales adheridos entre sí o fijados a otra estructura.
- N3 Metástasis a ganglios linfáticos mamarios internos homolaterales.

METÁSTASIS A DISTANCIA (M)

- MX Las metástasis a distancia no pueden valorarse
- M0 Sin prueba de metástasis a distancia
- M1 Presencia de metástasis a distancia
= Metástasis G.L. distales: suprclaviculares, cervicales, axilares y mamarios internos contralaterales.

= Metástasis a pulmón, hígado, hueso, pleura, piel mas allá del área de la mama.

ESTADIO Y CLASIFICACIÓN UTILIZADA EN MAMA PARA MEDIR LA EXTENSIÓN DEL TUMOR

ESTADIO	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2, 3	M0
IIIB	T4	AnyN	M0
	AnyT	N3	M0
IV	AnyT	AnyN	M1

ESTADIO Y CLASIFICACIÓN UTILIZADA EN COLON Y RECTO PARA MEDIR LA EXTENSIÓN DEL TUMOR. EQUIVALENCIA CON OTRAS CLASIFICACIONES.

ESTADIO	T	N	M	DUKES	ASTLER-COLLER
0	Tis	N0	M0		0
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
II	T3	N0	M0	B	B2
	T4	N0	M0	B	C1
III	AnyT	N1	M0	C	C2
	AnyT	N2	M		D

ESTADIO Y CLASIFICACIÓN UTILIZADA EN MELANOMA PARA MEDIR LA EXTENSIÓN DEL TUMOR. EQUIVALENCIA CON OTRAS CLASIFICACIONES.

ESTADIO	T	N	M	CLARK	BRESLOW
0	Tis	N0	M0	I	
I	T1	N0	M0	II	≤0.75
	T2	N0	M0	III	>0.75 - ≤ 1.5mm
II	T3	N0	M0	IV	>1.5mm - ≤4mm
III	T4	N0	M0	V	>4mm
	AnyT	N1,2	M0		N1=Regional≤3cm
IV	AnyT	AnyN	M1		N2=Regional>3cm

ESTADIO Y CLASIFICACIÓN UTILIZADA EN VEJIGA PARA MEDIR LA EXTENSIÓN DEL TUMOR. EQUIVALENCIA CON OTRAS CLASIFICACIONES.

ESTADIO	T	N	M	JEWET MARSHALL
0a	Ta	N0	M0	0
0is	Tis	N0	M0	Cis
I	T1	N0	M0	A
II	T2a	N0	M0	B1
	T2b	N0	M0	B1
III	T3a	N0	M0	B2
	T3b	N0	M0	C
	T4a	N0	M0	D1
IV	T4b	N0	M0	D1
	AnyT	N1, 2,3	M0	
	AnyT	AnyN	M1	

EXTENSION TUMORAL

In situ.

In situ significa "en el lugar". La definición técnica de in situ es la presencia de células malignas en el interior de un grupo de células de las cuales procede. No existiendo penetración de la membrana basal y /o del tejido circundante y no existiendo tampoco invasión del estroma.

Generalmente un cáncer se inicia mediante la rápida división de células de un epitelio o de un órgano, creciendo desde el interior al exterior del mismo. Así pues, un carcinoma In situ, cumple todos los criterios de malignidad, excepto el que no ha invadido las estructuras de soporte o el propio órgano del que procede.

Por lo tanto, el diagnóstico de carcinoma in situ sólo puede ser realizado mediante estudio microscópico, debido a que el patólogo debe identificar la membrana basal y determinar que esta no está penetrada.

En el caso de que la membrana basal este invadida (en este caso se le denomina o se le describe como microinvasivo), el tumor ya no es in situ y se le clasifica como localizado.

Los patólogos tienen muchas palabras para definir un carcinoma in situ, tales como no invasivo, pre invasivo, no infiltrante, intraepitelial, estadio 0, intraductal, intracístico, sin invasión del estroma o no penetración mas abajo de la basal.

Aquellos órganos o tejidos que no tienen capas epiteliales, no pueden ser clasificados por estadios como in situ, debido a que no tienen membrana basal. Por ello no puede ser diagnosticada un "sarcoma in situ".

Localizado

Un cáncer localizado es un tumor maligno limitado al órgano de origen. Existe pues una infiltración tumoral que atraviesa la membrana basal del epitelio y penetra en la parte funcional del órgano pero sin extenderse más allá de los límites del mismo. Un tumor puede ser ampliamente invasivo e inclusive mostrar metástasis dentro del órgano y ser considerado como " confinado al órgano de origen"

Para los órganos que tienen unos límites definidos, tales como la próstata, los testículos o el estómago, o aquellos otros que tienen unas líneas limitantes claras entre el órgano y sus alrededores, tales como la

mama y la vejiga, es usualmente fácil determinar cuando el cáncer es localizado o no.

Una excepción es la piel, porque a veces es dificultoso determinar cuando termina la dermis y comienza el tejido subcutáneo. Para la mayoría de los órganos internos, no es posible determinar el estadio sin una exploración.

En la mayoría de los órganos internos, no suele ser posible el determinar los estadios tumorales sin una exploración quirúrgica. No obstante, el aumento en la sofisticación de las técnicas de imagen, puede predecir que en el futuro próximo este criterio quede anticuado.

Para poder realizar una codificación lo más perfecta posible, es importante saber y reconocer el nombre de las diferentes estructuras dentro del órgano, tales como la lámina propia, el miometrio, la muscularis, etc; de tal modo que una invasión de estas estructuras no sea identificada como una categoría regional.

Debido a que la determinación de los estadios suele incluir tanto información clínica y como patológica, es importante conocer y disponer del literal del informe de Anatomía patológica, así como del informe de la intervención y los de los estudios de imagen. Si en cualquiera de estos informes se demuestra que existe cáncer más allá de los límites del órgano, el caso debe ser considerado como no localizado. En sentido contrario, si los informes de patología, quirúrgicos y otros análisis y determinaciones no muestran ninguna evidencia de la extensión, se puede asumir que el tumor esta localizado.

Si el tumor, en las condiciones definidas con anterioridad, invade la pared de un vaso sanguíneo o linfático, el tumor debe seguir siendo considerado localizado, puesto que la invasión de los vasos ocurre dentro del órgano de origen o primario.

Regional.

La extensión regional es la más difícil de identificar apropiadamente. La definición de extensión regional es aquella en la que el tumor ha crecido o se ha desarrollado más allá de los límites del órgano de origen.

Por ello parecen claras las diferencias entre local y regional, pero los límites entre regional y diseminado no están lo suficientemente definidos como para que sean interpretados de diferentes formas por los médicos de varias especialidades.

El cáncer comienza a ser regional cuando tiene potencialmente capacidad de extensión a más de una línea linfática o vascular de diseminación. Por ejemplo, un tumor en el ángulo hepático del colon con extensión a lo largo de la luz del colon ascendente es considerado como localizado porque ambas áreas drenan a los mismos nódulos linfáticos. Por otro lado, un tumor sigmoideo con extensión en el recto es considerado como regional porque el tumor tiene capacidad potencial de drenaje en los ganglios iliacos y en los mesentéricos.

La definición formal empleada por los cirujanos de "extirpación en bloque", se refiere al área periférica del órgano que puede incluir la totalidad o parte del mismo y el primer nivel de ganglios.

En contraste los radioterapeutas entienden por regional a cualquier órgano o tejido que incluye en el campo de irradiación a los ganglios regionales.

La extensión regional tiene varias subcategorías.

A/Invasión directa solamente.

B/Invasión de los ganglios linfáticos solamente.

C/Invasión directa y de los ganglios regionales.

D/Regional sin especificar.

Estas categorías definen tres maneras diferentes de extensión del tumor.

A. La invasión directa significa la invasión a través de la barrera o de los límites naturales del órgano en los órganos o tejidos adyacentes.

B. La invasión de los ganglios significa que la extensión se ha producido por medio de la inmigración de células malignas hacia la barrera linfática regional.

C. Es una combinación de los dos anteriores.

D. La cuarta subcategoría o sin especificar debe ser usada cuando no este claro el mecanismo de extensión por fuera del órgano. También debe utilizarse cuando las otras categorías no pueden ser utilizadas, como en los linfomas Hodgkin y No- Hodgkin de más de un ganglio linfático de la cadena.

Algunos clínicos pueden usar este término de forma diferente, por ejemplo, emplean el término local en un carcinoma de estómago con afectación de los ganglios linfáticos locales sin evidencia de diseminación a distancia, este caso debe ser clasificado como regional, no como local. Otros emplean el término metástasis cuando tenemos un carcinoma de

pulmón con metástasis en los ganglios linfáticos peribronquiales, en este caso el término metástasis significa afectados por el tumor. Y por lo tanto este caso debe ser considerado como regional.

Afectación de los ganglios linfáticos regionales.

1. Hay que considerar cual es la cadena ganglionar más específica que es afectada por el tumor.
2. Para los linfomas, cualquier mención de ganglios es indicativa de afectación y se utiliza para determinar número y la localización de las cadenas ganglionares afectadas.
3. Para los tumores sólidos, los términos "fijado", "apelmazado" y "masa en el mediastino, retroperitoneo, y/o mesenterio" en los cuales no se especifica el tejido afectado o incluido, serán considerados ganglios linfáticos afectados.
4. Términos como "palpable", "agrandado", "hinchazón visible" o "linfadenopatía" no deben de ser considerados, excepto en el caso de los tumores pulmonares, Para este tipo de tumores, estos términos son considerados sinónimos de afectación de los ganglios linfáticos regionales.
5. Los términos "homolateral" e "ipsilateral" son intercambiables. Cualquier ganglio no identificado que se extirpa con la pieza del tumor primario, debe ser considerada como "Regional sin especificar".
6. Si la única información acerca de la afectación ganglionar se obtiene de la historia mediante una categoría N del sistema TNM de clasificación o de cualquier otro modelo específico como un Dukes C, se valora como regional con afectación ganglionar.
7. Si existe discrepancia entre el TNM y lo contenido en la documentación medica, se debe consultar con el médico que ha determinado el TNM.
8. Si se nombra a una determinada cadena linfática y esta no es la correspondiente al drenaje regional, primeramente se determinará si es sinónimo y si no lo es, se asume que es un ganglio afectado a distancia o diseminado.

En los casos en que los ganglios linfáticos no son palpables por estar en posiciones anatómicas inaccesibles, como ocurre en la vejiga, el riñón, la próstata, el esófago, el estómago, el pulmón, el hígado, el cuerpo del útero y el ovario, la mejor descripción relativa a los ganglios linfáticos será la que proporciona el cirujano en el momento de la cirugía exploratoria o extirpadora.

Diseminado.

Las metástasis a distancia ocurren cuando células del tumor desprendidas del tumor original emigran a otras partes del cuerpo y comienzan a crecer en una nueva localización. La extensión diseminada, es también denominada como remota, difusa, metastásica o enfermedad secundaria. Lo importante es que no exista relación física o continuidad celular entre el tumor primario y el tumor distante. Las células pueden diseminarse de cuatro maneras.

1. Extensión desde el primitivo tumor pasando por tejido adyacente hasta dentro de un órgano cercano, por ejemplo desde un pulmón a través de la pleura al hueso o nervio.

2. Por los vasos linfáticos, pasando el filtro regional. Las células tumorales pueden crecer así en cualquier ganglio del cuerpo.

3. Por vía hematológica, debido a la invasión de los vasos sanguíneos por el tumor se producen pequeños émbolos de células tumorales que viajan por la corriente sanguínea a cualquier otra parte del cuerpo donde se alojan en capilares o arteriolas. En este lugar las células tumorales penetran la pared del vaso y crecen en los tejidos circundantes.

4. Mediante la corriente de los fluidos corporales. Por ejemplo. las células malignas rompen la superficie del tumor primario y son liberadas dentro de la cavidad torácica o peritoneal. Así flotando en los fluidos pueden implantarse y crecer en cualquier órgano bañado por el fluido. Este tipo de diseminación es también llamada de implantación o siembra.

Algunos tumores pueden producir grandes cantidades de fluidos, cuando se localiza en la cavidad peritoneal se denomina ascitis, normalmente esta colección debe ser eliminada, pero en ocasiones se acumula de nuevo rápidamente.

No obstante, la presencia de ascitis no significa que automáticamente existan metástasis o diseminación. Solo en el caso en que se evidencien células malignas en la citología del líquido extraído podremos afirmarlo.

Los lugares más comunes de una extensión a distancia son el hígado, el pulmón, el cerebro y los huesos, pero no existe una lista específica para cada caso, estos órganos reciben sangre de todas las partes del cuerpo y por lo tanto son blanco de las metástasis a distancia. No obstante, si el tumor primario tiene origen en un órgano adyacente al hígado, pulmón, cerebro o hueso, es muy importante revisar el resumen de los estadios del primario para asegurarse que el estadio no se corresponde con un regional

por extensión directa. Un ejemplo puede ser una afectación hepática por un primario originado en la vesícula biliar. En este sentido, los informes de los estudios de imágenes TAC, RNM, pueden ser de capital importancia al precisar si la afectación es por afectación superficial, en cuyo caso es un regional por extensión directa o bien el tumor crece dentro del órgano, sin conexión.

Los cánceres hematopoyéticos, del sistema reticuloendotelial, inmunoproliferativos y mieloproliferativos deben ser considerados diseminados.

Desconocida.

Si el origen del tumor es desconocido, la extensión también es desconocida. Tendremos casos en los cuales no tenemos evidencias suficientes que nos permitan definir un estadio correcto. Como ejemplos podemos citar los casos en que los pacientes fallecen antes de completar los estudios diagnósticos, cuando el paciente rechaza el diagnóstico o el tratamiento, o bien cuando la edad del paciente o las condiciones del mismo contraindican la continuación del estudio. Si no tenemos la información suficiente del enfermo, no puede procederse a definir el estadio.

En ocasiones se puede intentar tratar de obtener más información del propio médico personalmente, pues puede ocurrir que posea información que no está en la historia.

RESUMEN

In situ.

1. En general, los carcinomas y los melanomas son los únicos tumores que pueden ser clasificados in situ. Sólo los carcinomas tienen membrana basal. Los sarcomas nunca pueden ser clasificados in situ. Sólo un patólogo puede definir los tumores in situ. Si el cáncer es de cualquier tipo distinto al carcinoma y melanoma, no puede ser in situ.

2. Si existe cualquier evidencia de invasión, afectación ganglionar o metástasis, el caso no es in situ aunque anatomía patológica lo informe así. Es bastante común el error de clasificar así un cáncer cervical cuando el informe de patología dice que el cáncer es "in situ con microinvasión". En estos casos se debe clasificar al tumor como localizado.

Localizado.

3. Un cáncer localizado es aquel que esta confinado dentro de los límites del órgano primitivo. Por lo tanto no debe existir evidencia de su extensión fuera del mismo o de la existencia de metástasis.

4. Términos como, "invasión de los vasos sanguíneos" o "invasión linfática perineural", no indican necesariamente que el tumor se extiende más allá del órgano original. Si el tumor ha invadido los linfáticos y los vasos, existe un elevado riesgo de que las células malignas sean transportadas al resto del cuerpo. Ha ocurrido el primer paso, (invasión) pero no necesariamente el segundo (transporte) ni el tercero (crecimiento). El caso puede ser todavía localizado.

Regional.

5. Si las categorías in situ, local, y diseminado han sido rechazadas, el estadio es regional.

6. En los carcinomas, si existen ganglios afectados con el tumor, el estadio es como mínimo regional.

7. Para los tejidos, estructuras y ganglios, se supone que son ipsilaterales, a menos que se especifique que son contralateral o bilateral.

Diseminado.

8. Si se identifica una metástasis con facilidad, no necesitamos gastar mucho tiempo en comprobar la extensión regional o local del tumor primario. Si la metástasis es diagnosticada mediante imágenes o punción, se considera que el estadio está determinada con seguridad.

9. Las enfermedades hematológicas, tales como las leucemias y el mieloma múltiple, son consideradas diseminadas en el momento de diagnóstico.

Desconocida.

10. Si no tenemos información suficiente para clasificar el caso, este debe ser registrado como inclasificable.

ANEXO II

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.-

REGISTRO DE BASE POBLACIONAL DE CÁNCER DE CASTILLA Y LEÓN

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Dado el carácter reservado de los datos con los que se trabaja en el Registro de Base Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Castilla y León, creado por la Orden SAN/205/2005, de 8 de febrero, y el respeto a la intimidad de las personas que debe regir su utilización, me comprometo a mantener y proteger para siempre la confidencialidad de dichos datos, evitando su conocimiento por parte de cualquier persona no autorizada expresamente para ello, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, ajustándose a lo previsto en la documentación adjunta y en todo caso al cumplimiento de lo previsto legalmente en esa materia.

Y para que conste, firmo la presente declaración en _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.:

D.N.I.:

Instrucciones sobre confidencialidad a seguir por el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León:

Principios de confidencialidad:

Cada Unidad del Registro (central o periférica) debe mantener y respetar los niveles de confidencialidad que tradicionalmente se aplica en la relación médico-enfermo; esta obligación se extiende, incluso después del fallecimiento.

El ámbito de la confidencialidad se extiende no sólo a los datos identificables sobre las personas y los proveedores de datos, sino también a otros datos directa o indirectamente identificables, almacenados en/o cedidos al Registro.

Las normas sobre confidencialidad se aplican no sólo a los datos almacenados en el ordenador sino también a los que estén en papel u otro soporte.

Las normas sobre confidencialidad seguirán, en todo caso, lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13/12/99 de Protección de Datos de carácter personal.

Medidas de Seguridad

Cada Unidad del Registro (central o periférica) debe asegurarse de que todas las personas que trabajan en el Registro son conscientes de la responsabilidad individual respecto a la confidencialidad y que las medidas de seguridad adoptadas por el Registro sean conocidas y asumidas por todo el personal.

El personal del Registro firmará una declaración comprometiéndose a no, transmitir información confidencial a personas no autorizadas, que permanecerá vigente después de dejar el empleo.

El personal del Registro es responsable de la confidencialidad de todos los datos que se encuentren durante la búsqueda de datos.

El personal del Registro respetará y hará respetar todas las medidas de seguridad de los datos que se establezcan.