Hospital 12 de Octubre

Registro de Tumores

REGISTRO DE TUMORES DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE MADRID

INFORME DEL AÑO 1999

REGISTRO DE TUMORES
DEL
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE
MADRID

INFORME DEL AÑO 1999

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE
Avenida de Córdoba, s/n
28041 Madrid

Responsable
Comisión de Tumores

Coordinador
Francisco Colina

Técnicas en la recogida de datos
Alicia Cavero
Mª Carmen Enrique

Técnica informática
Mª Isabel Contreras

Colaborador
Juan Pablo García de la Torre

INDICE

PRÓLOGO 1

1. INTRODUCCIÓN 2

2. MATERIAL Y MÉTODO 4

2.1. Caso registrable 4

2.2. Identificación de casos 4

2.3. Información recogida 5

2.4. Poblaciones del RTH12O 7

2.5. Codificación y Presentación de Resultados 8

3. RESULTADOS 9

3.1 Clase de caso y procedencia de los pacientes 9

3.2 Edad y sexo 10

3.3 Localizaciones tumorales detalladas 12

3.4 Localización tumoral agrupada 17

3.5 Localización tumoral agrupada y distribuida por sexo 21

3.6 Base del diagnóstico 25

3.7 Tipos histológicos principales 26

3.8 Extensión tumoral en el momento del diagnóstico 28

3.9 Tratamientos oncológicos aplicados 35

ANEXO I. Agrupación utilizada para la localización tumoral en las tablas de resultados, tomada de la CIE-O (Primera Edición). 38

BIBLIOGRAFÍA 40

GLOSARIO 41

PRÓLOGO

La Unidad de Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre (RTH12O) fue creada a instancias de la Comisión de Tumores* tras elaborar un Proyecto para su implantación y desarrollo. Este trabajo recibió el primer premio al mejor Proyecto de Investigación para la Mejora de la Gestión Clínica convocado con ocasión de la Celebración del XXV Aniversario de nuestro hospital en 1999. La Unidad de Registro de Tumores se creó con el informe favorable de la Junta Técnico-Asistencial, por Acuerdo de la Comisión de Dirección en su reunión de fecha 7 de Junio de 1999 y posterior Resolución de Dirección-Gerencia.

El proyecto comenzó a elaborarse en 1998 (figura 1), habiendo finalizado en los plazos previstos las distintas actividades dirigidas a la implantación de la Unidad. El estado actual del proyecto en el año 2001 se sitúa en fase de desarrollo pero se ha alcanzado el primer objetivo de captar exhaustivamente todos los casos tumorales nuevos de 1999 y la posibilidad de ofrecer este primer Informe Anual. El objetivo de mostrar las supervivencias de los casos nuevos de 1999 se realizará en los posteriores informes anuales.

FASES Y ACTIVIDAD INICIAL DEL RTH12O (CRONOGRAMA)

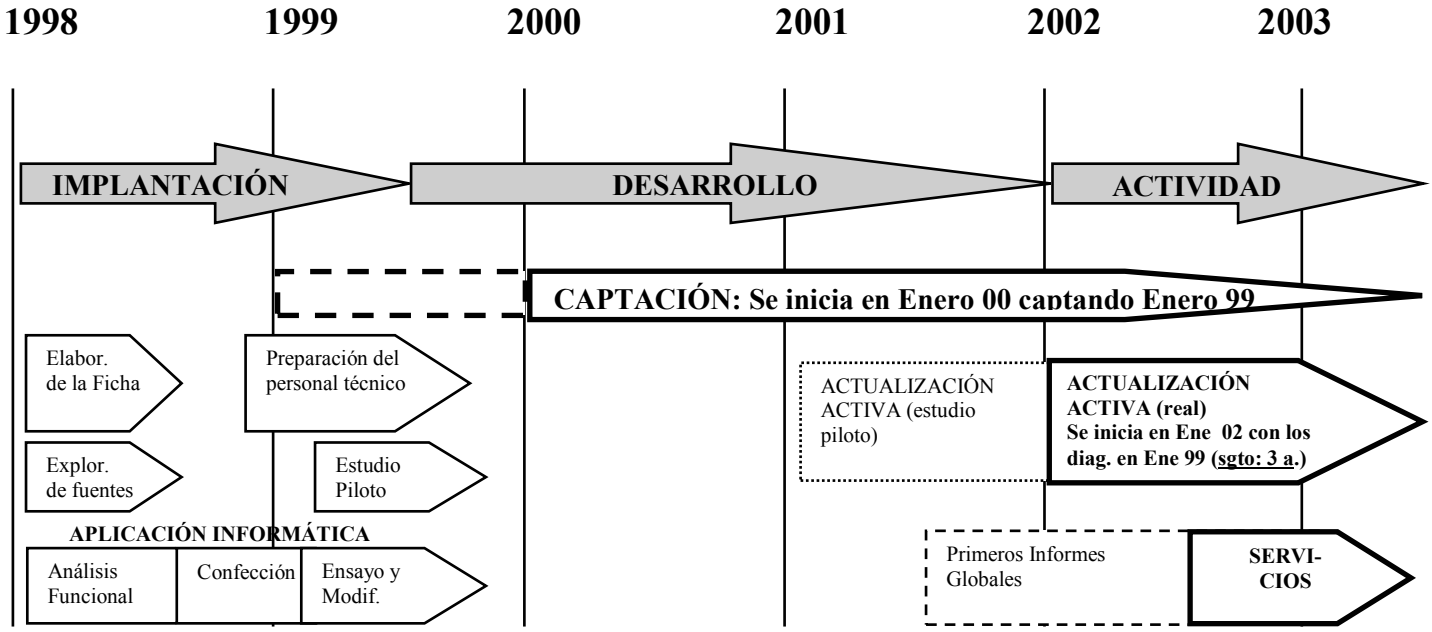


Figura 1: Esquema de la evolución del proyecto de RTH12O

---

*Integrada por:
Víctor Manuel Carrero López; Alicia Cavero Combarros; Francisco Colina Ruizdelgado; Ramón Colomer Bosch; Angel Luis Coto Lope; Juan P. García de la Torre; Carmen González Salinas; Cristina Grávalos Castro; Angel López Encuentra; Jesús López Pérez; Ana Mañas Rueda; Miguel Angel Melchor Díaz; Carlos L. Morales Gutiérrez; Carmen Peña; Pedro Ruiz López; José Miguel Seoane Ruiz.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud de nuestra población, tanto por la morbilidad como por la mortalidad que ocasiona, como por la cantidad de recursos sanitarios que consume en su diagnóstico y tratamiento.

El Hospital 12 de Octubre es un hospital universitario, de tercer nivel, configurado por dos edificios independientes (Hospital General y Hospital Materno-Infantil), es público, gestionado por el INSALUD y funciona como hospital general.

Cumple una doble misión:

1. Hospital general de área según el concepto que figura en la Ley General de Sanidad y que tiene adscrita el Area 11 de Salud de la Comunidad de Madrid (CM) según la Ordenación Sanitaria del Territorio vigente y que define el Mapa Sanitario en dicho ámbito (Decreto 187/1998 de 5 de noviembre).
2. Hospital de referencia regional y nacional por su nivel de especialización y dotación de alta tecnología. Se sitúa en el Grupo IV según la clasificación utilizada por el INSALUD.

Como consecuencia de estas peculiaridades en el Indice de Dependencia del Establecimiento (proporción de ingresos de distintos ámbitos geográficos sobre el total de ingresos del hospital) se mantiene en los últimos tres años en torno a las siguientes cifras: tres cuartas partes de los ingresos proceden del Area 11 y una cuarta parte de otras áreas de la CM y de otras Comunidades Autónomas (CC.AA.).

En el caso de los ingresos por tumores malignos que en 1999 supusieron 3.611 episodios de hospitalización, el 71% de ellos fueron del Area 11, el 17% de otras áreas de la CM y el 12% de otras CC.AA. Los ingresos por tumores malignos supusieron el 9.23% del total de ingresos del hospital en 1999.

Si estos datos nos indican un aspecto de la magnitud del problema relacionándolo con la atención hospitalaria, la magnitud también se puede medir por la mortalidad causada por los tumores malignos. En el Area 11 de Salud (según mapa sanitario, incluyendo el Distrito de Arganzuela) en 1998 fallecieron 1.676 personas por tumores. Fueron la segunda causa de muerte en números absolutos y la primera en términos de mortalidad prematura (Años Potenciales de Vida Perdidos). En términos de mortalidad proporcional (porcentaje del total de defunciones) representaron la cuarta parte. Fueron la primera causa de mortalidad en los hombres en los que provocaron más de un tercio de las defunciones.

Dentro de los tumores fue el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón el más frecuente con 295 fallecimientos (18% de los tumores), seguido del tumor maligno de colon (140 casos), de estómago (117 casos), de sitio no especificado (111 casos), de mama de la mujer y de próstata, con idéntico número de fallecimientos (102).

El análisis de la tendencia de la mortalidad por tumores, en la última década y en nuestra área de salud, nos muestra que se ha producido un incremento importante (29% en términos absolutos) que se puede justificar en parte, pero no sólo, por el envejecimiento de la población. Una vez ajustadas las tasas por edad el aumento de la mortalidad por tumores en nuestra área es de 2.42% entre 1987-97.

En relación al conjunto de la población de la Comunidad de Madrid, el Area 11 de Salud tiene una sobremortalidad por tumores del 5% (Razón de Mortalidad Estandarizada = 1.05), después de haber ajustado las tasas por edad en ambas poblaciones para evitar el efecto del envejecimiento.

La información reseñada nos acerca a la magnitud del problema. Cualquier objetivo en el control del cáncer precisa de sistemas de información fiables y el registro de tumores es un instrumento que proporciona datos sobre el número de casos, las características, el proceso diagnóstico y terapéutico y la supervivencia de los pacientes oncológicos.

El Registro Hospitalario de Tumores está por tanto concebido como un *sistema de información clínica de los pacientes con cáncer* que son atendidos en los Servicios Sanitarios dependientes del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

La actividad del registro es una recogida continuada y sistemática de datos sobre la ocurrencia y la características de las neoplasias registrables con el objeto de ayudar a evaluar y controlar el impacto de las enfermedades malignas en el entorno sanitario. Consiste en una recuperación de la información ya existente al respecto que está disponible en la documentación derivada de la asistencia.

Los objetivos del RTH12O son:

1. Determinar la incidencia hospitalaria de las enfermedades neoplásicas y conocer la cobertura del hospital en patología oncológica, la evolución de la demanda con el tiempo, la utilización de recursos humanos y materiales, colaborando como información en la planificación sanitaria.
2. Evaluar la calidad asistencial en los enfermos oncológicos mediante indicadores como la proporción de tumores con confirmación citohistológica, los intervalos diagnóstico-tratamiento, etc., y servir de apoyo para el seguimiento de los pacientes.
3. Llevar a cabo estudios sobre la supervivencia de los enfermos en función de las características del tumor, de la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico, del tratamiento aplicado, etc.
4. Proporcionar información detallada a la Comisión de Tumores, a las Subcomisiones específicas de tumores (mamarios, digestivos, etc.) y a los distintos servicios clínicos.
5. Ser una de las fuentes de información para la Oficina Regional de Coordinación Oncológica de la Consejería de Sanidad de la CAM (Registro Poblacional de Tumores de la Comunidad de Madrid).
6. Colaborar en estudios clínicos, epidemiológicos y de salud pública y contribuir a la producción y difusión científicas mediante la presentación de comunicaciones a congresos y publicaciones.
7. Velar por la confidencialidad de la información sobre pacientes con patología neoplásica.

2. MATERIAL Y MÉTODO

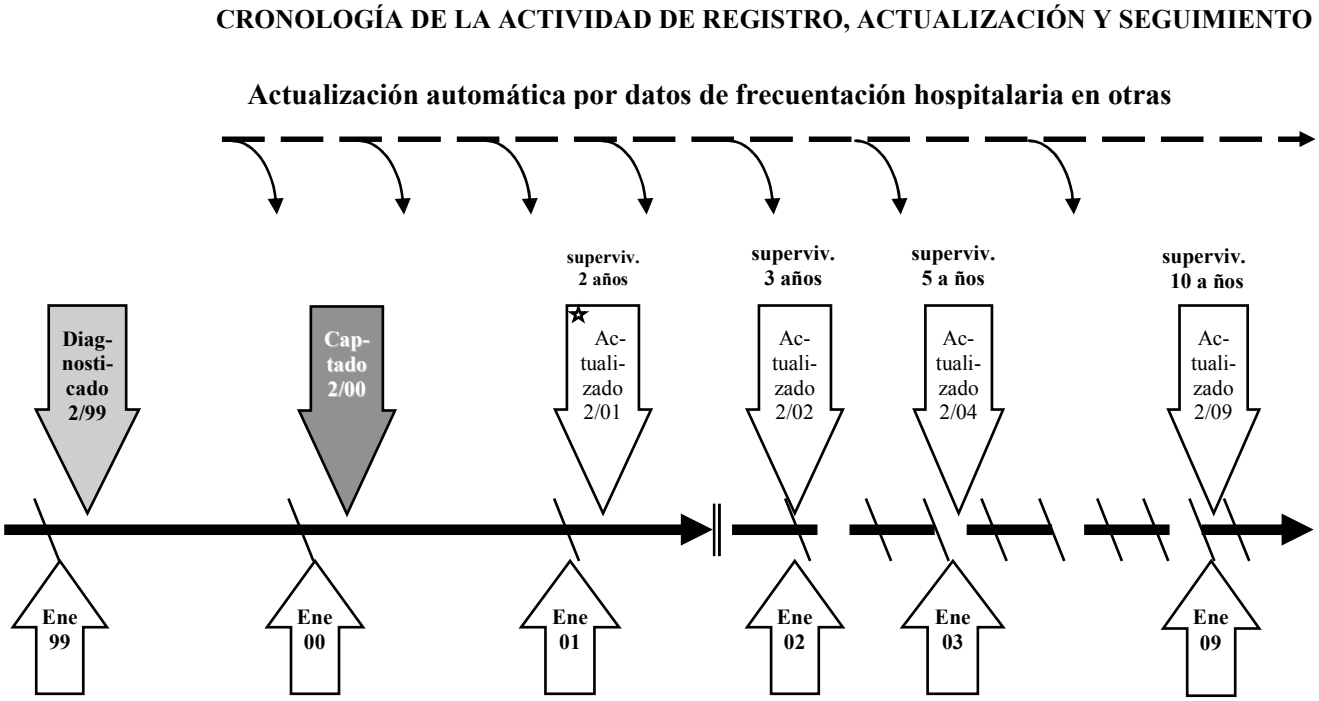
2.1. Caso registrable

En el registro se incluyen todos los tumores malignos con código de comportamiento CIE-O: 2, 3, 6 o 9 (in situ, malignos, metastásicos o inciertos si malignos o metastásicos) que son diagnosticados y/o tratados y cuyo primer contacto con nuestros servicios sanitarios sea a partir del 1 de enero de 1999.

Son excepciones a esta definición de caso registrable los tumores del Sistema Nervioso Central, los síndromes mielodisplásicos, los cistoadenomas intermedios y los tumores vesicales que se registran en su totalidad independientemente de su código de comportamiento y, al contrario, no se incluyen los tumores basocelulares y espinocelulares de piel que no han producido metástasis a distancia, ni los tumores *in situ* del cervix uterino, ni los tumores *in situ* en adenomas colorrectales.

2.2. Identificación de casos

La metodología de este estudio ha consistido en realizar la *captación de todos los casos tumorales nuevos atendidos en 1999*. La identificación de casos (figura 2) se realiza al año del diagnóstico realizando la búsqueda de casos registrables en las fuentes del RTH12O.



* Se cumplimenta el *ítem* "Fecha último Control" y la variable 3 (vivo sin otra especificación) del *ítem* ★Revisiones anuales".

Figura 2: Esquema de la metodología cronológica para la captación de casos nuevos por el RTH12O

a búsqueda de la información disponible de nuestros pacientes en su documentación clínica y administrativa que se encuentra en soporte físico y/o informático (historia clínica, codificación de ingresos hospitalarios, datos de admisión, archivo de Anatomía Patológica, archivos de Servicios Clínicos -Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematología y Oftalmología-) es sistemática y activa.

Estas fuentes han tenido que ser complementadas con la búsqueda de casos en Centros Concertados (Hospital de Santa Cristina y Hospital Virgen de la Torre) que realizan diagnósticos y/o tratamientos de pacientes del Area 11 derivados a los mismos por las necesidades de gestión.

Cada una de las anteriores fuentes ha sido visitada día a día, con un dilación de un año (en 2000), por la aplicación informática específicamente desarrollada que se ha configurado como un programa que cumple las funciones de 1.-"buscador" de casos tumorales en las aplicaciones y en las bases de datos de la Red Informática Hospitalaria y 2.- de base de datos. Esta base de datos se organizó en dos ficheros: Principal y "Prevalentes". El fichero principal constituye propiamente el Registro de Tumores y cada caso nuevo produce un registro de tumor que constituye su ficha con los ítems mas adelante enumerados. El fichero de tumores "prevalentes" registra los casos atendidos previamente al 1 de enero de 1999, recogiendo en su específica ficha un mínimo número de ítems (11) y su finalidad es reconocerlo como caso anterior a la fecha de inicio de la actividad del RTH12O y evitar un nuevo análisis cuando reaparecen después de enero de 1999 en las bases de datos de la red por su frecuentación hospitalaria.

2.3. Información recogida

Para cada tumor registrable están previstos hasta 75 ítems que constituyen su ficha-registro. Obviamente entre ellos se incluyen datos de extensión tumoral al diagnóstico, de tratamientos oncológicos y de seguimiento-supervivencia. En el actual estado de actividad de la Unidad de Registro de Tumores se han recogido los siguientes ítems:

<u>Datos de Filiación</u>
- Nº de Registro de Tumor
- Fecha de Registro
- Nº Historia Clínica (debe incluir código de centro 1,2 ó 3)
- Otros Nos. de Historia Clínica (deben incluir código de centro 1,2 ó 3)
- Identificación de Centro del Área 11 (CEP, Residencia Gral., etc.)
- Identificación Personal: DNI
- Cartilla o Tarjeta Sanitaria
- Apellido 1 Apellido 2 y Nombre
- Sexo
- Fecha de Nacimiento
- Lugar de Nacimiento
- Domicilio Habitual (localidad, calle, provincia)
- Distrito Postal
- Teléfono
- CIAS PRO (Código de Identificación Sanitaria)

<u>Datos Clínicos</u> (Área 11)
- Base del diagnóstico en Área 11 (la más fiable)
- Servicio/s Clínico/s responsable/s
- Captación desde: Codificación de ingresos hospitalarios, Anatomía Patológica y/o otras fuentes

<u>Datos del Tumor</u>
Localización:
- Organo (literal)
- T de SNOMED
- Loc. de CIE-O

Histología:
- Diagnóstico Literal AP
- M de SNOMED
- M de CIE-O

Otros datos del Tumor
- Varios tumores (SI/NO)
- Nº. de Registro otro tumor primario B
- Nº. de Registro otro tumor primario C
- Extensión LRD (local, regional, diseminado) en el momento del diagnóstico
- Multicentricidad
- Fecha definitiva diagnóstico del tumor (la apropiada jerárquicamente entre 1- fecha diagnóstico en otro centro, 2-fecha diagnóstico Anatomía Patológica, o 3- fecha de contacto hospitalario)

Relación con Hospital 12 de Octubre
- Clase de Caso

Datos de tratamiento
- Tratamiento 1
- Tratamiento 2
- Tratamiento 3

Otros
- Fecha de la muerte
- Autopsia (SI/NO)

2.4. Poblaciones del RTH12O

Los Registros Poblacionales de Tumores trabajan con referencia a una población conocida por el lugar de nacimiento y pueden establecer un denominador para sus resultados estadísticos descriptivos y ofrecer incidencias reales.

Los hospitales públicos cubren la población de una determinada área sanitaria pero sus pacientes pueden proceder de otras áreas sanitarias provinciales o de otras Autonomías, especialmente si son hospitales terciarios y reciben pacientes de referencia. Por tanto, los Registros Hospitalarios de Tumores trabajan con una población no fija y frecuentemente su hospital atiende parcialmente a los pacientes tumorales. Esto produce que las *incidencias observadas* por los registros hospitalarios tengan sesgos cuando se comparan con las incidencias poblacionales que se derivan de las asistencias parciales a enfermos referidos sólo para diagnóstico (caso consulta al Departamento de Anatomía Patológica, caso para estudio de extensión, etc.), sólo para tratamiento (tratamientos oncológicos realizados para hospitales que carecen de Servicios de Oncología Médica o Radioterápica), para sólo seguimiento, etc.

Con el fin de obtener un denominador para el H12O que configure una muestra homogénea, los resultados se ofrecen atendiendo al esquema que se expone en la figura 3. La población "A" está constituida por los tumores de pacientes que son íntegramente atendidos (diagnosticados, tratados y seguidos) por el H12O. Las proporciones relativas entre los diferentes cifras de topografías tumorales son las que ofrecen un resultado de *incidencia observada* similar a la incidencia poblacional de España, cuando se comparan con las ofrecidas por los Registros Poblacionales Españoles.

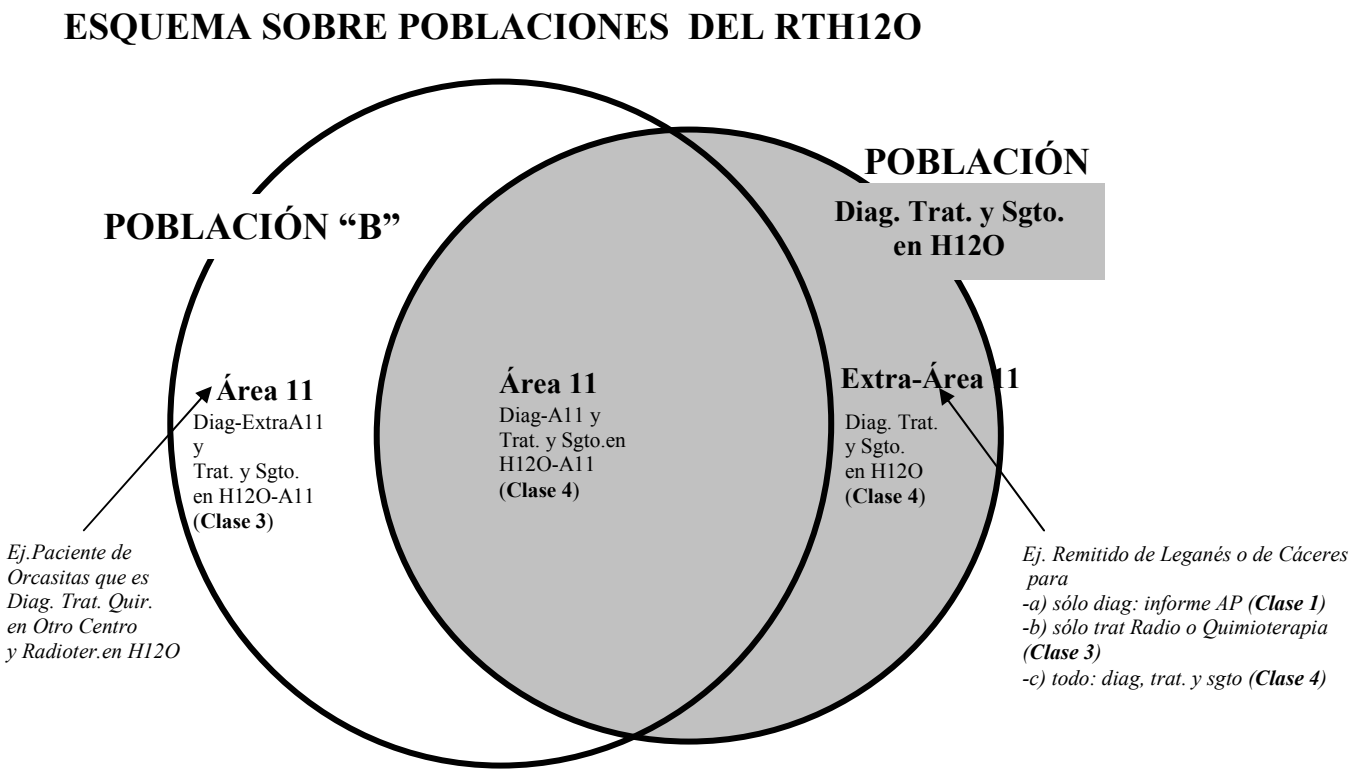


Figura 3: Esquema de las poblaciones tumorales atendidas por el Hospital 12 de Octubre (H12O)

Lo antedicho y la necesidad de conocer cuales son las prestaciones del H12O hacia otras Áreas Sanitarias hace necesario cumplimentar el ítem "clase de caso" en cada registro de caso tumoral nuevo y cuyos posibles conceptos se exponen el la tabla 1 que ofrece su distribución por las explicables tipos de relación del paciente con el H12O.

2.5. Codificación y Presentación de Resultados

En este informe se presentan los datos descriptivos y los indicadores detallados por procedencia, por localizaciones tumorales, por extensión, por tratamiento, etc. Las localizaciones tumorales se muestran de manera detallada según la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O, primera edición) (ver Anexo 1).

En el Anexo 1 consta la agrupación utilizada para la localización tumoral en las tablas de resultados. Los códigos de localización (*topografía*) en la CIE son exclusivos para los tumores por lo que este eje codificador permite que se recurra a él para una búsqueda de casos, lo que es de especial interés en la fuente (aplicación informática) del Servicio de codificación de ingresos hospitalarios (CMBDH). Los códigos topográficos para neoplasias malignas son: del 140.- al 195.- (malignas primarias excepto hematológicas), del 196.- al 198.- (malignas secundarias), 199.- (malignas sin especificar localización, primario desconocido), del 200.- al 208.- (malignidades hematológicas), del 230.- al 234.- (malignas "in situ"), del 235.- al 238.- (inciertas o intermedias) y 239.- (localización no especificada).

La codificación de los tumores en la primera edición de la CIE-O se realiza también por su *morfología* además de por su topografía y se utiliza en algunas de las fuentes (Servicio de codificación de ingresos hospitalarios) del RTH12O. Actualmente los Servicios de Anatomía Patológica, otra de las principales fuentes de los Registros Hospitalarios, se ven obligados a utilizar la codificación SNOMED ya que ni la CIE, ni su compendio para Oncología, aportan suficientes posibilidades para codificar los múltiples diagnósticos morfológicos. Por esta razón se han utilizado ambos métodos codificadores. No obstante la CIE-O utiliza parte de los códigos de morfología de la SNOMED con la misma estructura. Esta superposición las convierte en codificaciones complementarias y no alternativas. La calidad de la información producida por los Registros depende de la exhaustividad y la utilización de ambas codificaciones contribuye a un alto índice de captación (ver Anexo 2).

3. RESULTADOS

Se registraron 3063 casos tumorales nuevos con fecha de diagnóstico en el año 1999.

3.1 Clase de caso y procedencia de los pacientes

Dependiendo de la atención prestada al paciente tumoral, los tumores se clasifican según se expone en la tabla 1. Este ítem expone el tipo de relación del paciente con el Hospital 12 de Octubre - Área 11 (ver Poblaciones del RTH12O en Material y Método).

Tabla 1. Clase de Caso

	N	%
1. Caso Consulta AP	85	2,8
2. Diag. Hosp. y Tto. otro Centro	29	0,9
3. Tto. de Apoyo en Hosp.	629	20,5
4. Diag. y Tto. Primarios en Hosp.	2213	72,2
5. Diag. por Autopsia	6	0,2
6. Sólo evaluación caso extra-Area 11	4	0,1
8. Caso A11 diag y/o tratamiento centro concertado	61	2,0
9. Otros (incompletos o sin información)	36	1,2
Total	***3063***	***100,0***

El H12O atiende casos tumorales de otras Áreas Sanitarias (tabla 2). El 63,8 % de los tumores proceden del área sanitaria que cubre el H12O, por tanto nuestro hospital actúa en el 36,2 % de los casos prestando atención a otras áreas de la Comunidad de Madrid y del resto de España.

Tabla 2. Distribución por procedencias sanitarias de los casos

Area	Hospital de Referencia	N	%
01	Hospital Gregorio Marañón	46	1,5
02	Hospital de la Princesa	43	1,4
03	Hosp. Príncipe de Asturias	12	0,4
04	Hospital Ramón Y Cajal	18	0,6
05	Hospital La Paz	29	0,9
06	Hospital Puerta Hierro	28	0,9
07	Hospital Clínico San Carlos	73	2,4
08	Hospital del Móstoles	62	2,0
09	Hospital Severo Ochoa	350	11,4
10	Hospital de Getafe	157	5,1
11	Hospital 12 de Octubre	1955	63,8
	Casos extra-Com.Madrid y Clase de Caso 1	290	9,5
	TOTAL	***3063***	***100,0***

3.2 Edad y sexo

El 57 % de los tumores se da en hombres y el 43 % en mujeres. En ambos sexos el grupo de edad con mayor incidencia de tumores fue 65 a 69 años (Figura 4). Entre 35 y 49 años predomina el sexo femenino (cáncer de mama).

Tabla 3. Distribución según edad y sexo

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL	
Edad	N	%FILA	%COLUMNA	N	%FILA	%COLUMNA	N	%COLUMNA
< 10	23	70	1,32	10	30	0,76	33	1,08
10 – 14	3	23	0,17	10	77	0,76	13	0,42
15 – 19	9	43	0,51	12	57	0,91	21	0,69
20 – 24	20	61	1,14	13	39	0,99	33	1,08
25 – 29	31	67	1,77	15	33	1,14	46	1,50
30 –34	27	52	1,54	25	48	1,90	52	1,70
35 – 39	29	36	1,66	51	64	3,88	80	2,61
40 – 44	65	42	3,72	91	58	6,93	156	5,09
45 – 49	89	45	5,09	108	55	8,22	197	6,43
50 – 54	132	51	7,55	127	49	9,67	259	8,46
55 – 59	165	57	9,43	124	43	9,44	289	9,44
60 – 64	218	59	12,46	149	41	11,34	367	11,98
65 – 69	329	66	18,81	170	34	12,94	499	16,29
70 – 74	277	63	15,84	165	37	12,56	442	14,43
75 – 79	210	61	12,01	135	39	10,27	345	11,26
80 – 84	87	54	4,97	73	46	5,56	160	5,22
85 – 89	30	59	1,72	21	41	1,60	51	1,67
90 – 94	5	26	0,29	14	74	1,07	19	0,62
≥ 95	0	0	0,00	1	100	0,08	1	0,03
TOTAL	***1749***	***57***	***100,00***	***1314***	***43***	***100,00***	***3063***	***100,00***

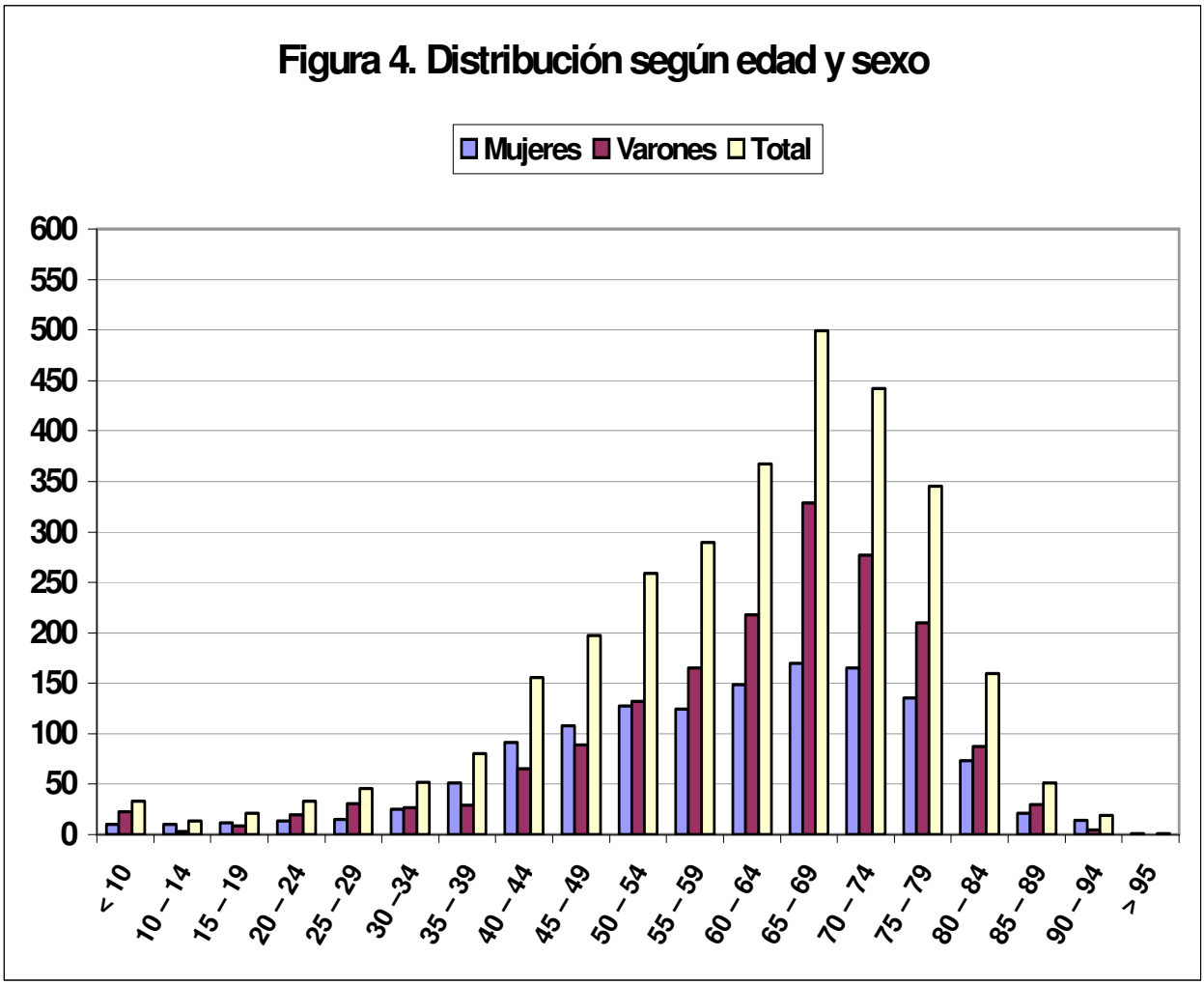


Figura 4. Distribución según edad y sexo
Mujeres
Varones
Total
600
550
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
< 10
10 – 14
15 – 19
20 – 24
25 – 29
30 –34
35 – 39
40 – 44
45 – 49
50 – 54
55 – 59
60 – 64
65 – 69
70 – 74
75 – 79
80 – 84
85 – 89
90 – 94
> 95

3.3 Localizaciones tumorales detalladas

La distribución de la población tumoral total, ordenada por epígrafes de grupos, siguiendo el eje topográfico de la codificación CIE-O (1ª Edición), se expone de las siguientes formas:

- detallada anatómicamente e independientemente de su clase (tablas 4 - 17),
- detallada anatómicamente en dos series complementarias: los tumores cuyo diagnóstico, tratamiento y seguimiento se realiza en el H12O (clase 4) y las otras clases de caso (ver 2. 4. Poblaciones del RTH12O) (tablas 18 - 30).

Tabla 4. Localización tumoral: CABEZA Y CUELLO	N	%
140. - Labio	48	1,6
141. - Lengua	26	0,8
142. - Glándula salival	8	0,3
143. - Encía	1	0,0
144., 145. - Boca	25	0,8
146. – 149. - Faringe	37	1,2
Subtotal	145	4,7

Tabla 5. Localización tumoral: APARATO DIGESTIVO	N	%
150. – Esófago	26	0,8
151.0 - Unión cardioesofágica	15	0,5
151. – Estómago	95	3,1
152. – Intestino delgado	12	0,4
153. 154. - Colon y recto	289	9,4
154.3 - Ano	2	0,1
155. – Hígado	79	2,6
156.0 – Vesícula biliar	11	0,4
156.1 – Vías biliares extrahepáticas	10	0,3
156.2 – Ampolla de Vater	5	0,2
157. – Páncreas	31	1,0
Subtotal	575	18,8

Tabla 6. Localización tumoral: APARATO RESPIRATORIO Y ÓRGANOS INTRATORÁCICOS	N	%
160. – Cavidad Nasal	7	0,2
160.9 - Senos accesorios	2	0,1
161. – Laringe	107	3,5
162. – Bronquios y pulmón	372	12,1
163. – Mediastino	11	0,4
164. – Pleura	7	0,2
Subtotal	506	16,5

Tabla 7. Localización tumoral: HUESOS Y ARTICULACIONES	N	%
170. Huesos y articulaciones	16	0,5
Subtotal	16	0,5

Tabla 8. Localización tumoral: SISTEMA HEMATOPOYÉTICO	N	%
169. – Médula ósea, sangre y bazo	139	4,5
196. – Ganglios linfáticos	72	2,4
Subtotal	211	6,9

Tabla 9. Localización tumoral: PIEL	N	%
173. – Piel	118	3,9
Subtotal	118	3,9

Tabla 10. Localización tumoral: PERITONEO, RETROPERITONEO Y PARTES BLANDAS	N	%
158. – Retroperitoneo y peritoneo	9	0,3
171. – Partes blandas	16	0,5
Subtotal	25	0,8

Tabla 11. Localización tumoral: MAMA	N	%
174. y 175. – Mama y Mama Masculina	437	14,3
Subtotal	437	14,3

Tabla 12. Localización tumoral: APARATO GENITAL FEMENINO	N	%
184.4 – Vulva	10	0,3
184.0 – Vagina	3	0,1
180. – Cuello del útero	38	1,2
179. – Cuerpo del útero	84	2,7
183. – Ovario	58	1,9
Subtotal	193	6,3

Tabla 13. Localización tumoral: APARATO GENITAL MASCULINO	N	%
185. – Glándula prostática	212	6,9
186. – Testículo	17	0,6
187. – Pene y cordón espermático	3	0,1
Subtotal	232	7,6

Tabla 14. Localización tumoral: APARATO URINARIO	N	%
189. – Riñón	57	1,9
189.1 – Pelvis renal y uréter	9	0,3
188. – Vejiga	196	6,4
Subtotal	262	8,6

Tabla 15. Localización tumoral: OJO Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	N	%
190. – Ojos y anexos	5	0,2
192.1, 192.3 - Meninges	39	1,3
191. – Encéfalo	104	3,4
192.2 – Médula espinal y nervios craneales	25	0,8
Subtotal	173	5,6

Tabla 16. Localización tumoral: TIROIDES Y OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS	N	%
193. – Glándula tiroides	40	1,3
194. – Otras glándulas	26	0,8
Subtotal	66	2,2

Tabla 17. Localización primaria desconocida	N	%
199. – Localización primaria desconocida	104	3,4
Subtotal	104	3,4
TOTAL	**3063**	**00,0**

Tabla 18. Localización tumoral: CABEZA Y CUELLO	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
140. - Labio	48	34	1,5	14	1,7
141. - Lengua	26	19	0,9	7	0,8
142. - Glándula salival	8	5	0,2	3	0,4
143. - Encía	1	1	0,0	0	0,0
144., 145. - Boca	25	19	0,9	6	0,7
146. – 149. - Faringe	37	24	1,1	13	1,5
Subtotal	***145***	***102***	***4,6***	***43***	***5,1***

Tabla 19. Localización tumoral: APARATO DIGESTIVO	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
150. - Esófago	26	20	0,9	6	0,7
151.0 - Unión cardioesofágica	15	15	0,7	0	0,0
151. - Estómago	95	89	4,0	6	0,7
152. - Intestino delgado	12	10	0,5	2	0,2
153. 154. - Colon y recto	289	252	11,4	37	4,4
154.3 - Ano	2	2	0,1	0	0,0
155. - Hígado	79	73	3,3	6	0,7
156.0 - Vesícula biliar	11	11	0,5	0	0,0
156.1 - Vías biliares extrahepáticas	10	9	0,4	1	0,1
156.2 - Ampolla de Vater	5	5	0,2	0	0,0
157. - Páncreas	31	21	0,9	10	1,2
Subtotal	***575***	***507***	***22,9***	***68***	***8,0***

Tabla 20. Localización tumoral: APARATO RESPIRATORIO Y ÓRGANOS INTRATORÁCICOS	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
160. - Cavidad Nasal	7	4	0,2	3	0,4
160.9 - Senos accesorios	2	1	0,0	1	0,1
161. - Laringe	107	77	3,5	30	3,5
162. - Bronquios y pulmón	372	277	12,5	95	11,2
163. - Mediastino	11	6	0,3	5	0,6
164. – Pleura	7	4	0,2	3	0,4
Subtotal	***506***	***369***	***16,7***	***137***	***16,2***

Tabla 21. Localización tumoral: HUESOS Y ARTICULACIONES	N	Clase 04	%	Otras Clases	%
170. Huesos y articulaciones	16	12	0,5	4	0,5
Subtotal	***16***	***12***	***0,5***	***4***	***0,5***

Tabla 22. Localización tumoral: SISTEMA HEMATOPOYÉTICO	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
169. - Médula ósea, sangre y bazo	139	112	5,1	27	3,2
196. - Ganglios linfáticos	72	41	1,9	31	3,7
Subtotal	***211***	***153***	***6,9***	***58***	***6,8***

Tabla 23. Localización tumoral: PIEL	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
173. - Piel	118	101	4,6	17	2,0
Subtotal	***118***	***101***	***4,6***	***17***	***2,0***

Tabla 24. Localización tumoral: PERITONEO, RETROPERITONEO Y PARTES BLANDAS	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
158. - Retroperitoneo y peritoneo	9	8	0,4	1	0,1
171. - Partes blandas	16	11	0,5	5	0,6
Subtotal	***25***	***19***	***0,9***	***6***	***0,7***

Tabla 25. Localización tumoral: MAMA	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
174. y 175. – Mama y Mama Masculina	437	239	0,8	198	3,3
Subtotal	***437***	***239***	***0,8***	***198***	***3,3***

Tabla 26. Localización tumoral: APARATO GENITAL FEMENINO	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
184.4 - Vulva	10	7	0,3	3	0,4
184.0 - Vagina	3	3	0,1	0	0,0
180. - Cuello del útero	38	21	0,9	17	2,0
179. - Cuerpo del útero	84	59	2,7	25	2,9
183. - Ovario	58	39	1,8	19	2,2
Subtotal	***193***	***129***	***5,8***	***64***	***7,5***

Tabla 27. Localización tumoral: APARATO GENITAL MASCULINO	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
185. – Glándula prostática	212	172	7,8	40	4,7
186. – Testículo	17	10	0,5	7	0,8
187. – Pene y cordón espermático	3	2	0,1	1	0,1
Subtotal	***232***	***184***	***8,3***	***48***	***5,7***

Tabla 28. Localización tumoral: APARATO URINARIO	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
189. – Riñón	57	9	0,4	8	0,9
189.1 – Pelvis renal y uréter	9	49	2,2	0	0,0
188. – Vejiga	196	145	6,5	51	6,0
Subtotal	***262***	***203***	***9,2***	***59***	***7,0***

Tabla 29. Localización tumoral: OJO Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
190. – Ojos y anexos	5	5	0,2	0	0,0
192.1, 192.3 - Meninges	39	14	0,6	25	2,9
191. – Encéfalo	104	50	2,3	54	6,4
192.2 – Médula espinal y nervios craneales	25	8	0,4	17	2,0
Subtotal	***173***	***77***	***3,5***	***96***	***11,3***

Tabla 30. Localización tumoral: TIROIDES Y OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
193. – Glándula tiroides	40	32	1,4	8	0,9
194. – Otras glándulas	26	14	0,6	12	1,4
Subtotal	***66***	***46***	***2,1***	***20***	***2,4***

Tabla 31. Localización primaria desconocida	N	Clase 4	%	Otras Clases	%
199. – Localización primaria desconocida	104	74	3,3	30	3,5
Subtotal	***104***	***74***	***3,3***	***30***	***3,5***
TOTAL	**3063**	**2215**	**100,0**	**848**	**100,0**

3.4 Localización tumoral agrupada

La distribución por localizaciones resumidas de la población tumoral total se expone de forma doble:
- agrupada por localizaciones más frecuentes independientemente de su clase (tabla 32)
- agrupada por localizaciones más frecuentes a la vez que dividida entre clase 4 y otras clases (tabla 33).

La tabla 32 y la figura 5 muestran que el tumor más frecuente en la atención sanitaria del H12O es el cáncer de mama seguido del pulmonar y del colorrectal, orden que no coincide con el de prevalencia en nuestra sociedad. Este orden varía adecuándose al de la población nacional al valorar, en serie aparte, la distribución de los casos que reciben atención completa en el H12O (tabla 33 y figura 6).

Tabla 32. Localización Tumoral Agrupada	N	%
Mama	437	14,3
Pulmón	372	12,1
Colon y recto	289	9,4
Tracto urinario	262	8,6
Aparato genital masculino	232	7,6
Aparato genital femenino	193	6,3
Sistema Nervioso Central	173	5,6
Otros	173	5,6
Cabeza y cuello	145	4,7
Piel	118	3,9
Leucemias, mielomas y SMD	115	3,8
Laringe	107	3,5
Localización primaria desconocida	104	3,4
Estómago	95	3,1
Hígado	79	2,6
Linfomas ganglionares	72	2,4
Páncreas y tracto biliar	57	1,9
Tiroides	40	1,3
Total	***3063***	***100,0***

Figura 5. LOCALIZACION TUMORAL AGRUPADA

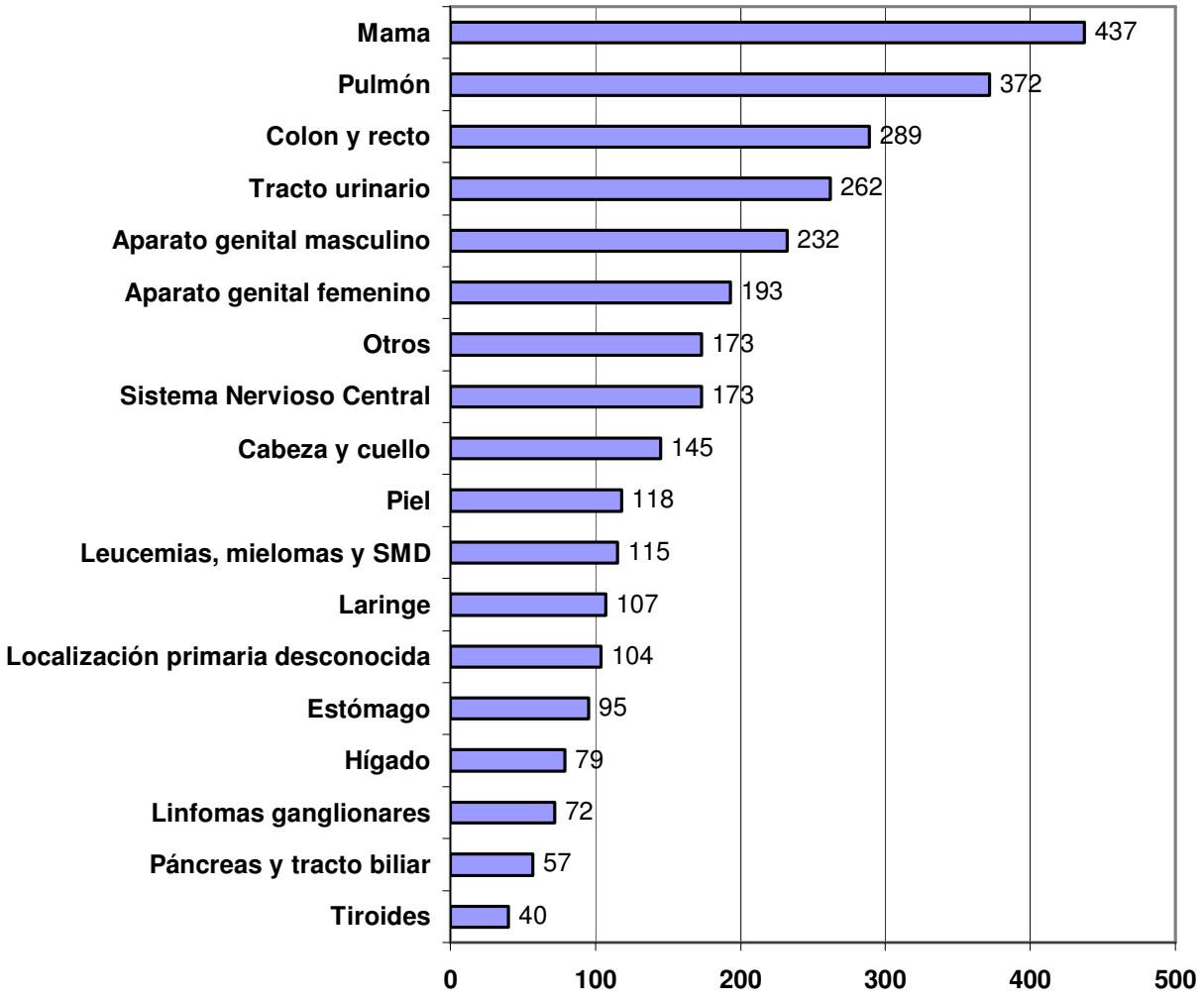
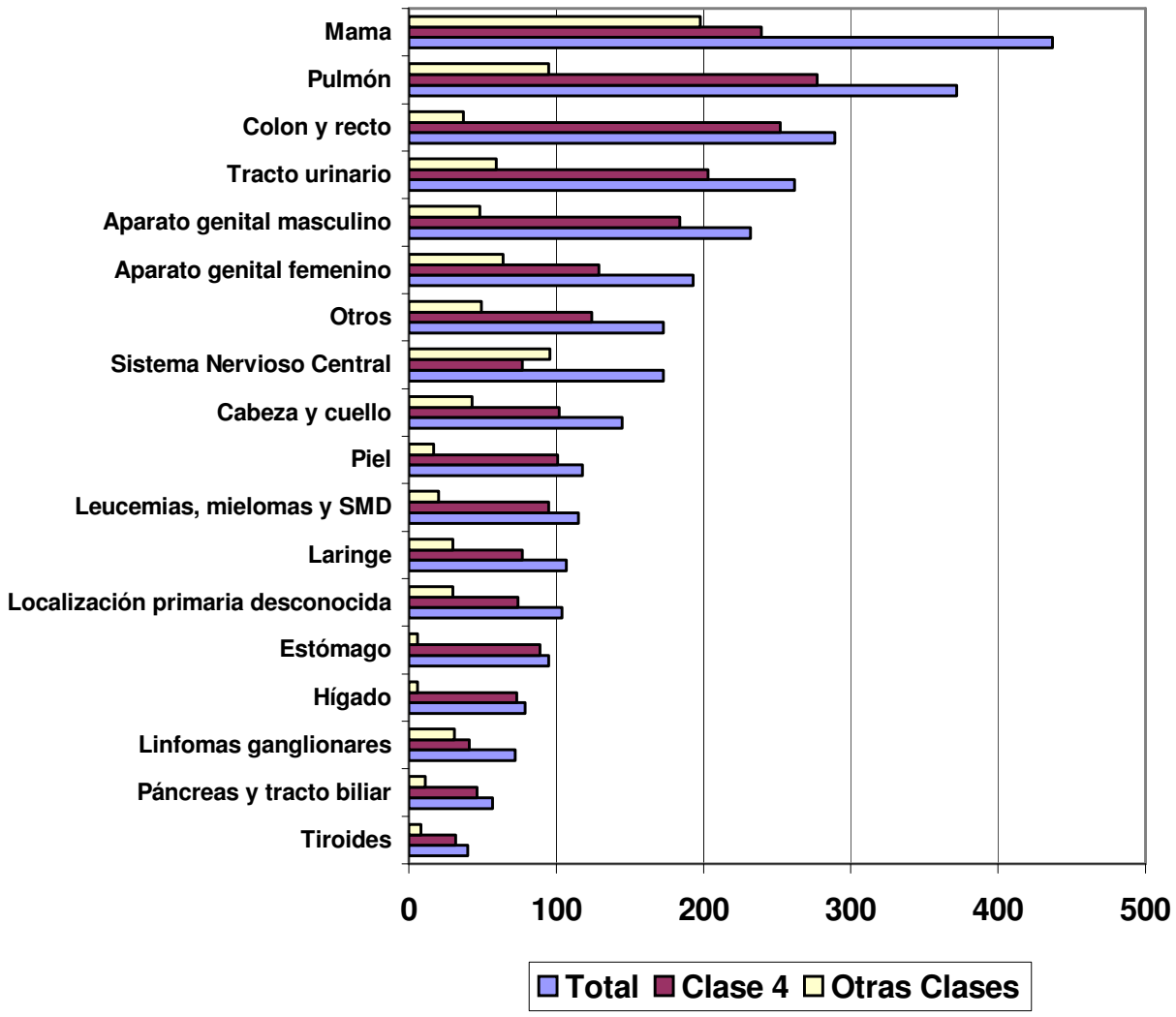


Tabla 33. Localización tumoral agrupada distribuida según Clase de Caso 4 (diagnosticado y tratado en H12O) y las otras Clases de Caso

	TOTAL	Clase 4	%	Otras Clases	%
Pulmón	372	277	12,5	95	11,2
Colon y recto	289	252	11,4	37	4,4
Mama	437	239	10,8	198	23,3
Tracto urinario	262	203	9,2	59	7,0
Aparato genital masculino	232	184	8,3	48	5,7
Aparato genital femenino	193	129	5,8	64	7,5
Otros	173	124	5,6	49	5,8
Cabeza y cuello	145	102	4,6	43	5,1
Piel	118	101	4,6	17	2,0
Leucemias, mielomas y SMD	115	95	4,3	20	2,4
Estómago	95	89	4,0	6	0,7
Laringe	107	77	3,5	30	3,5
Sistema Nervioso Central	173	77	3,5	96	11,3
Localización primaria desconocida	104	74	3,3	30	3,5
Hígado	79	73	3,3	6	0,7
Páncreas y tracto biliar	57	46	2,1	11	1,3
Linfomas ganglionares	72	41	1,9	31	3,7
Tiroides	40	32	1,4	8	0,9
Total	3063	2215	100,0	848	100,0

Figura 6. LOCALIZACION TUMORAL AGRUPADA con distribución entre casos con diag. y tto. en H12O (Clase 4) y otras formas de atención (Otras Clases)



3.5 Localización tumoral agrupada y distribuida por sexo

La distribución de las localizaciones por sexos (tabla 34, figura 7) muestra que los tumores de pulmón, aparato genital masculino, tracto urinario y colorrecto son los más frecuentes en hombres (figura 8); y los de mama, aparato genital femenino y colorrecto en mujeres (figura 9).

Tabla 34. Localización tumoral agrupada distribuida por sexo en los casos con diag. y tto. en H12O (Clase 4)

LOCALIZACION	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
Pulmón	277	247	89,2	30	10,8
Colon y recto	252	146	57,9	106	42,1
Mama	239	7	2,9	232	97,1
Tracto urinario	203	163	80,3	40	19,7
Aparato genital masculino	184	184	100,0	0	0,0
Aparato genital femenino	129	0	0,0	129	100,0
Otros	124	82	66,1	42	33,9
Cabeza y cuello	102	76	74,5	26	25,5
Piel	101	51	50,5	50	49,5
Leucemias, mielomas y SMD	95	61	64,2	34	35,8
Estómago	89	50	56,2	39	43,8
Sistema Nervioso Central	77	37	48,1	40	51,9
Laringe	77	77	100,0	0	0,0
Localización primaria desconocida	74	44	59,5	30	40,5
Hígado	73	48	65,8	25	34,2
Páncreas y tracto biliar	46	22	47,8	24	52,2
Linfomas ganglionares	41	27	65,9	14	34,1
Tiroides	32	6	18,8	26	81,3
Total	***2215***	***1328***	***60,0***	***887***	***40,0***

Figura 7. LOCALIZACION TUMORAL AGRUPADA
Distribución por sexo de los pacientes con los tumores más frecuentes diagnosticados y tratados en H12O (Clase 4)

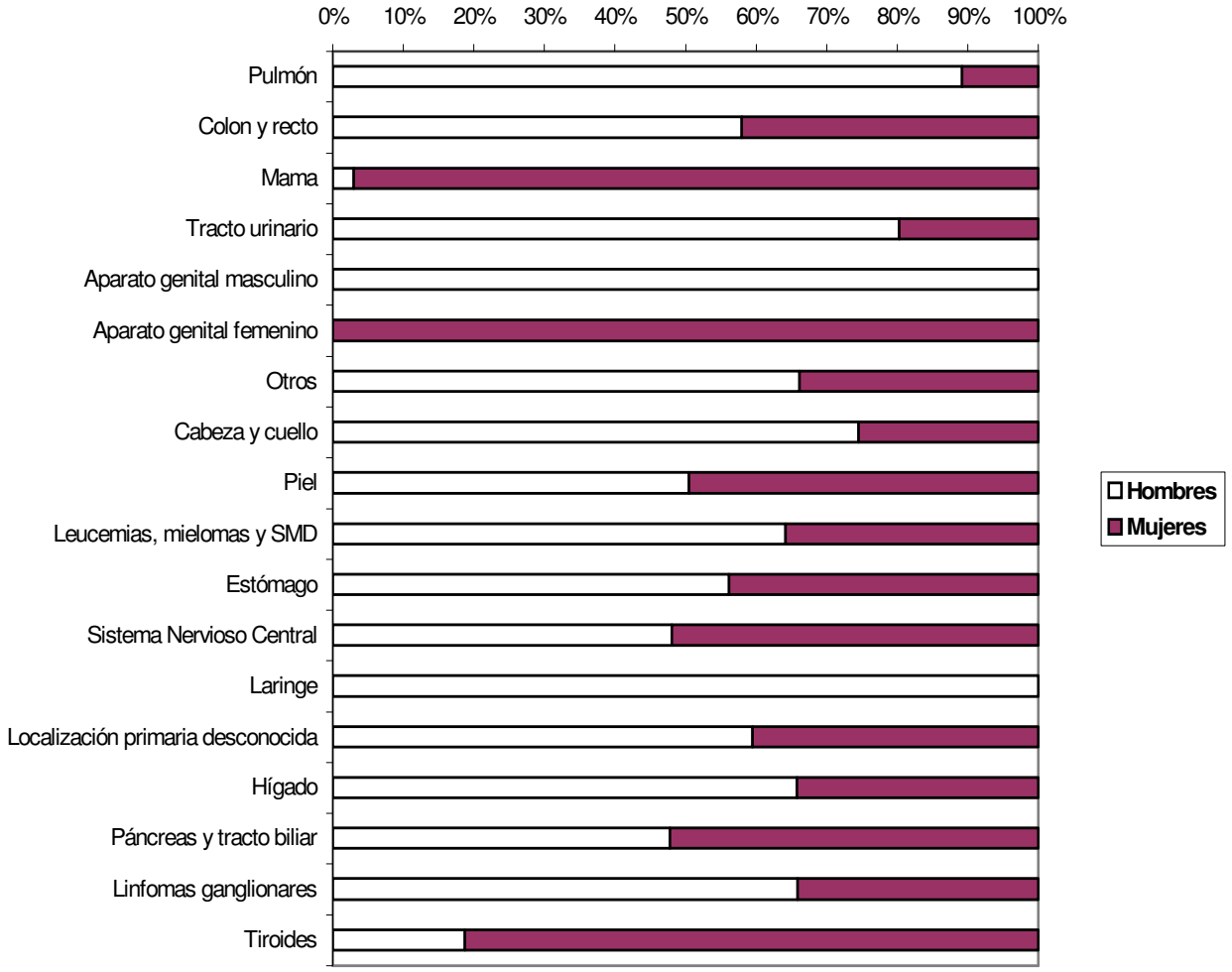


Figura 8. DISTRIBUCION DE LOS TUMORES MAS FRECUENTES EN EL SEXO MASCULINO (Clase 4)

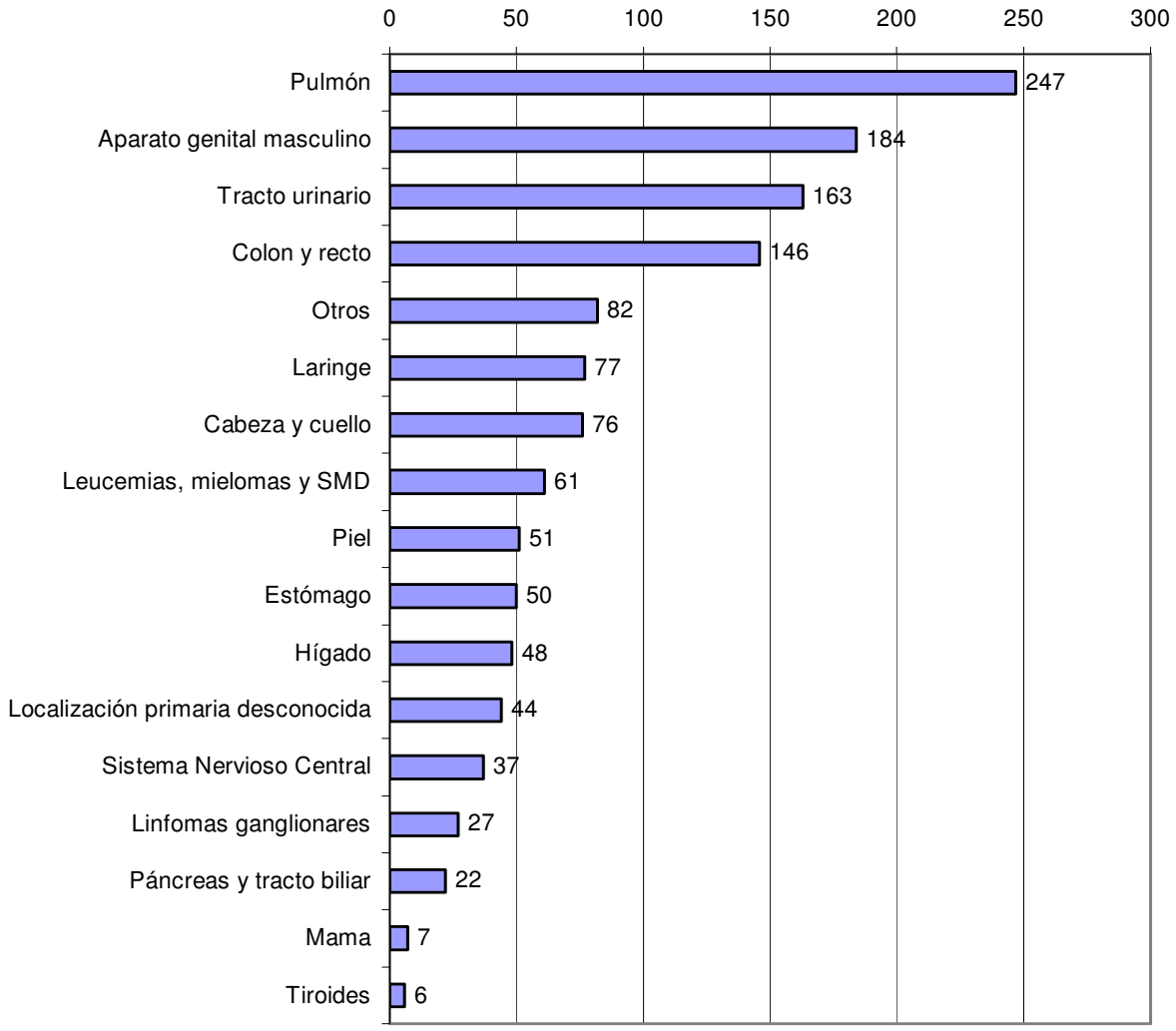
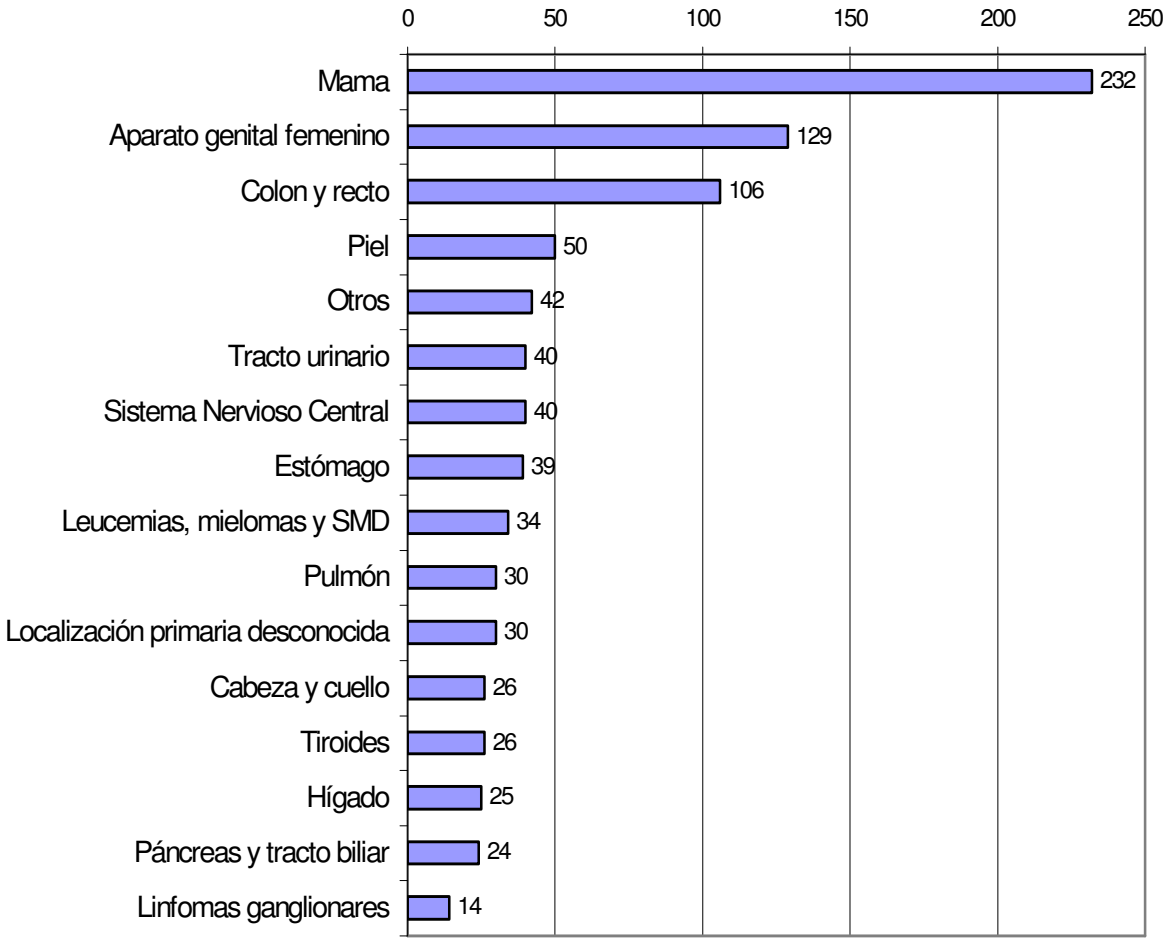


Figura 9. DISTRIBUCION DE LOS TUMORES MAS FRECUENTES EN EL SEXO FEMENINO (Clase 4)



3.6 Base del diagnóstico

Se registra la prueba más válida que ha llevado al diagnóstico del tumor (tabla 35). Un 96,4 % de los tumores tienen una confirmación por citología o histología. En el caso de las neoplasias hematológicas el hemograma se registra en el mismo ítem que las citologías por lo que se incluyen en los casos con confirmación citohistológica.

Tabla 35. Base del diagnóstico del tumor

	N	%
Clínica solamente	3	0,1
Investigación clínica	111	3,6
Cirugía exploratoria sin histología	0	0,0
Pruebas bioquímicas o inmunológicas	0	0,0
Citología de metástasis	66	2,2
Citología o hematología de primario	83	2,7
Histología de metástasis	107	3,5
Histología de primario	2687	87,7
Autopsia	6	0,2
Desconocido	0	0,0
Total	***3063***	***100,0***

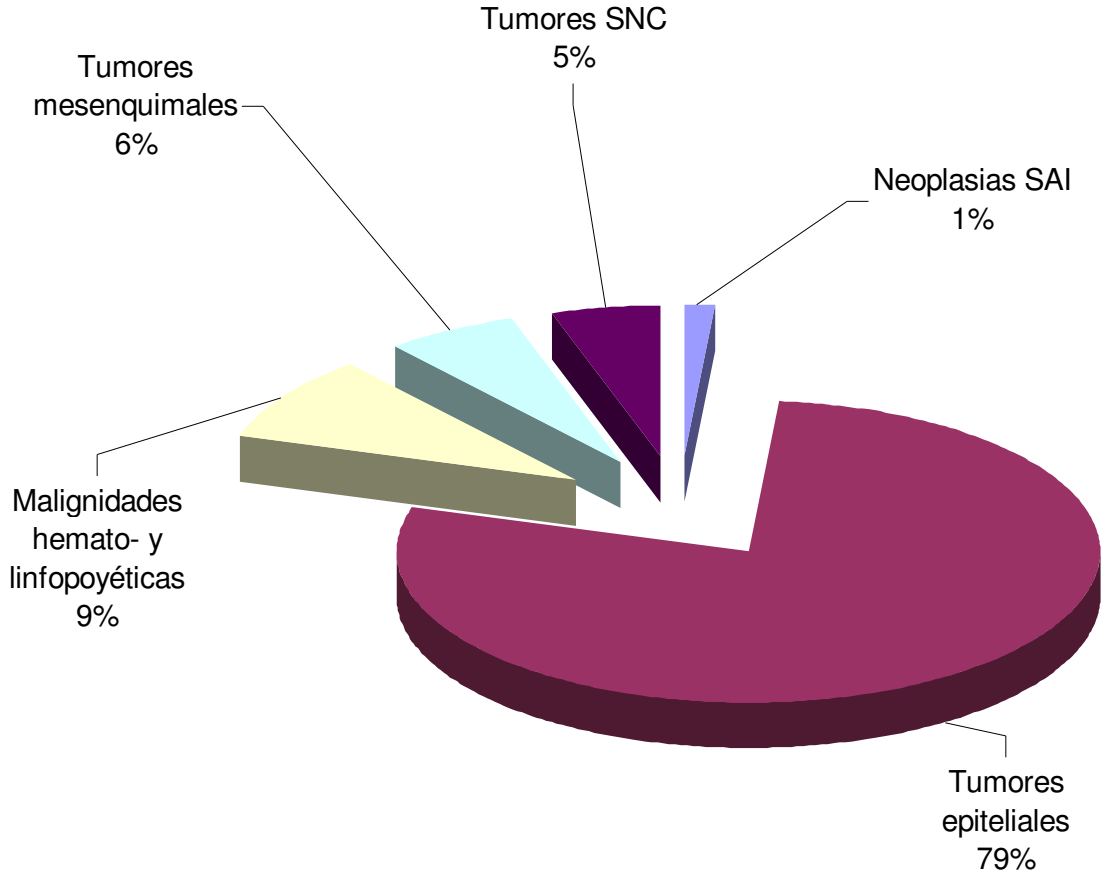
3.7 Tipos histológicos principales

La gran mayoría de los tumores (tabla 36 y figura 10) son carcinomas (79 %), y entre los otros tipos histológicos, les siguen en notable menor frecuencia los linfomas y leucemias (9%), los sarcomas (6%) y los del sistema nervioso central (5 %).
Los tumores epiteliales más frecuentes son los adenocarcinomas (26,7 %), seguidos de los carcinomas epidermoides (14,8 %), de los carcinomas ductales, lobulillares y medulares (13,4 %), y de los tumores uroteliales (6,4 %).

Tabla 36. Tipos histológicos principales

	N	%
Neoplasias SAI	44	1,4
Adenocarcinomas	819	26,7
Carcinomas epidermoides	453	14,8
Neoplasias ductales, lobulillares y medulares	411	13,4
Papilomas y carcinomas transicionales	197	6,4
Carcinomas	145	4,7
Hepatocarcinomas	70	2,3
Carcinoma de células pequeñas	69	2,3
Carcinoma de células grandes	67	2,2
Neoplasias quísticas, mucinosas y serosas	54	1,8
Cánceres renales	51	1,7
Neoplasias endocrinas	46	1,5
Carcinoides y T. neuroendocrinos atípicos o malignos	17	0,6
Linfomas extraganglionares	94	3,1
Linfomas ganglionares, no Hodgkin	52	1,7
Leucemias linfoides	36	1,2
Mielomas	30	1,0
S. Mielodisplásico	26	0,8
Leucemias mieloides	23	0,8
Linfomas ganglionares, Hodgkin	20	0,7
Melanomas	85	2,8
Sarcomas, excepto óseos y Kaposi	41	1,3
Neoplasias de células germinales	30	1,0
Neoplasias óseas	13	0,4
Sarcoma de Kaposi	10	0,3
Neoplasias mesoteliales y sinoviales	7	0,2
Gliomas	86	2,8
Meningiomas	39	1,3
Schwannomas SNC	13	0,4
Angiomas y malformaciones arteriovenosas SNC	6	0,2
Neoplasias neuroepiteliomatosas	5	0,2
Craneofaringiomas	4	0,1
Total	**3063**	**100,0**

Figura 10. DISTRIBUCION DE LOS TIPOS HISTOLOGICOS POR GRUPOS HISTOGENETICOS



3.8 Extensión tumoral en el momento del diagnóstico

Para la extensión tumoral en el momento del diagnóstico se utiliza la estadificación LRD en las categorías: in situ, localizada, regional y diseminada (tabla 37). La estadificación TNM no consta en la gran mayoría de los documentos clínicos. La estadificación LRD se realiza por el personal técnico del registro que "interpreta" los datos disponibles. Por "localizado" se entiende un tumor en el órgano de origen sin metástasis en la primera estación ganglionar (57,2 %), por "regional" la afectación metastásica en los ganglios de primera estación (24 %) y por "diseminada" cualquier otra forma de metastatización (18,7 %). No es aplicable cuando sólo se cuenta con citohistología sin tratamiento quirúrgico adicional o en tumores del SNC o en malignidades intermedias (cistoadenomas, ...).

Tabla 37. Extensión tumoral aplicando la estadificación LRD	**N**	**%**
In situ – 01	58	2,4
Localizado – 03	1332	54,8
Regional – 04	584	24,0
Diseminado	455	18,7
Total	2429	100,0

En la tabla 38 y en las figuras 11, 12 y 13 se presenta la extensión LRD para cada localización. La mama, la vejiga y el colorrecto tienen los porcentajes más altos de tumores diagnosticados en extensión "localizada", pero dentro de cada topografía, en la mama se diagnostican el 63, 5 % en estadio local y el resto en estadios más avanzados y entre los tumores colorrectales, el 59, 7 % se diagnostican en estadio "regional" o "diseminado" y el resto en situación más temprana.

Tabla 38. Distribución de los tumores según su extensión tumoral (LRD) y su localización en el momento del diagnóstico

		In situ		Localizado		Regional		Diseminado	
LOCALIZACION	Total (100%)	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeza y cuello	120	2	1,7	72	60	38	31,7	8	6,7
Tiroides	36	0	0,0	30	83,3	5	13,9	1	2,8
Laringe	99	3	3,0	63	63,6	28	28,3	5	5,1
Pulmón	293	1	0,3	108	36,9	74	25,3	110	37,5
Mama	403	33	8,2	223	55,3	124	30,8	23	5,7
Esófago	25	0	0,0	9	36,0	10	40,0	6	24,0
Estómago	97	0	0,0	38	39,2	36	37,1	23	23,7
Colon y recto*	281	0	0,0	113	40,2	121	43,1	47	16,7
Hígado	65	1	1,5	56	86,2	2	3,1	6	9,2
Aparato genital femenino*	160	0	0,0	90	56,3	50	31,3	20	12,5
Próstata	129	1	0,8	105	81,4	7	5,4	16	12,4
Vejiga	151	1	0,7	129	85,4	14	9,3	7	4,6
Melanoma	74	13	17,6	45	60,8	10	13,5	6	8,1
Localización primaria descon.	104	0	0,0	0	0,0	0	0,0	104	100,0
Otros	392	3	0,8	251	64,0	65	16,6	73	18,6
TOTAL	***2429***	***50***	***2,1***	***1340***	***55,2***	***584***	***24,0***	***455***	***18,7***

** En cuanto a registro de casos "in situ" ver definición de caso registrable.*

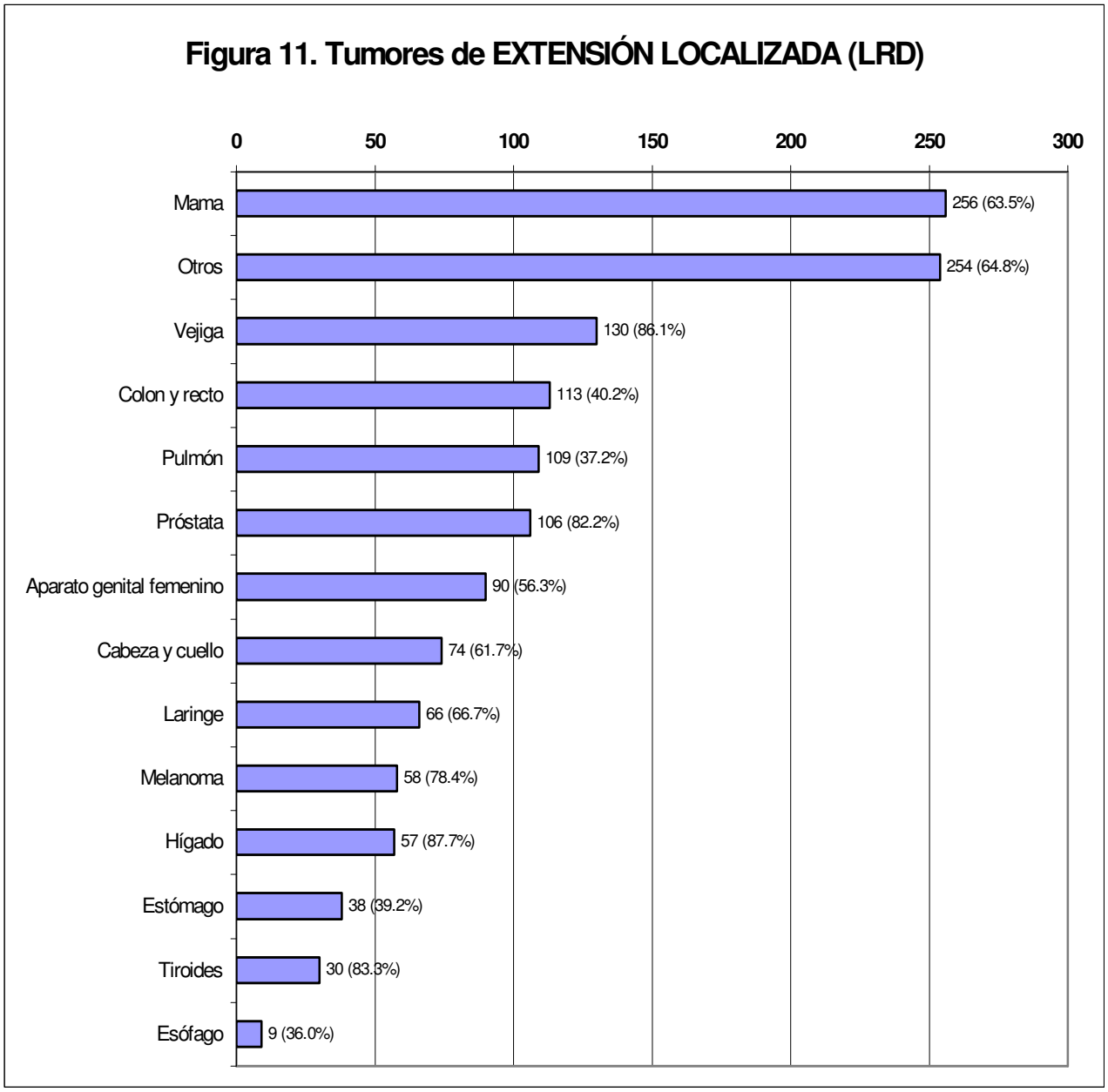


Figura 11. Tumores de EXTENSIÓN LOCALIZADA (LRD)
0
50
100
150
200
250
300
Mama
256 (63.5%)
Otros
254 (64.8%)
Vejiga
130 (86.1%)
Colon y recto
113 (40.2%)
Pulmón
109 (37.2%)
Próstata
106 (82.2%)
Aparato genital femenino
90 (56.3%)
Cabeza y cuello
74 (61.7%)
Laringe
66 (66.7%)
Melanoma
58 (78.4%)
Hígado
57 (87.7%)
Estómago
38 (39.2%)
Tiroides
30 (83.3%)
Esófago
9 (36.0%)

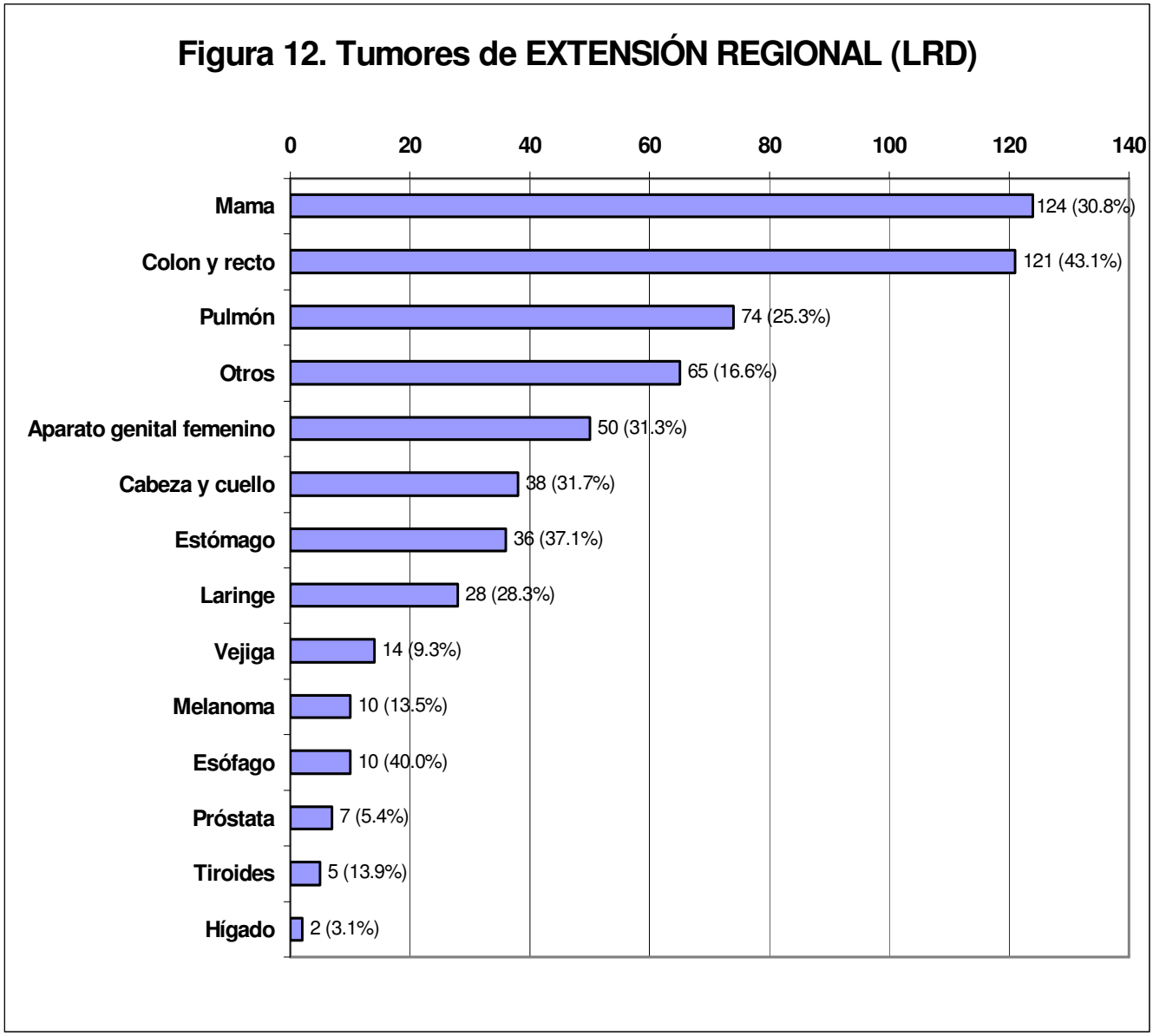


Figura 12. Tumores de EXTENSIÓN REGIONAL (LRD)
0
20
40
60
80
100
120
140
Mama
124 (30.8%)
Colon y recto
121 (43.1%)
Pulmón
74 (25.3%)
Otros
65 (16.6%)
Aparato genital femenino
50 (31.3%)
Cabeza y cuello
38 (31.7%)
Estómago
36 (37.1%)
Laringe
28 (28.3%)
Vejiga
14 (9.3%)
Melanoma
10 (13.5%)
Esófago
10 (40.0%)
Próstata
7 (5.4%)
Tiroides
5 (13.9%)
Hígado
2 (3.1%)

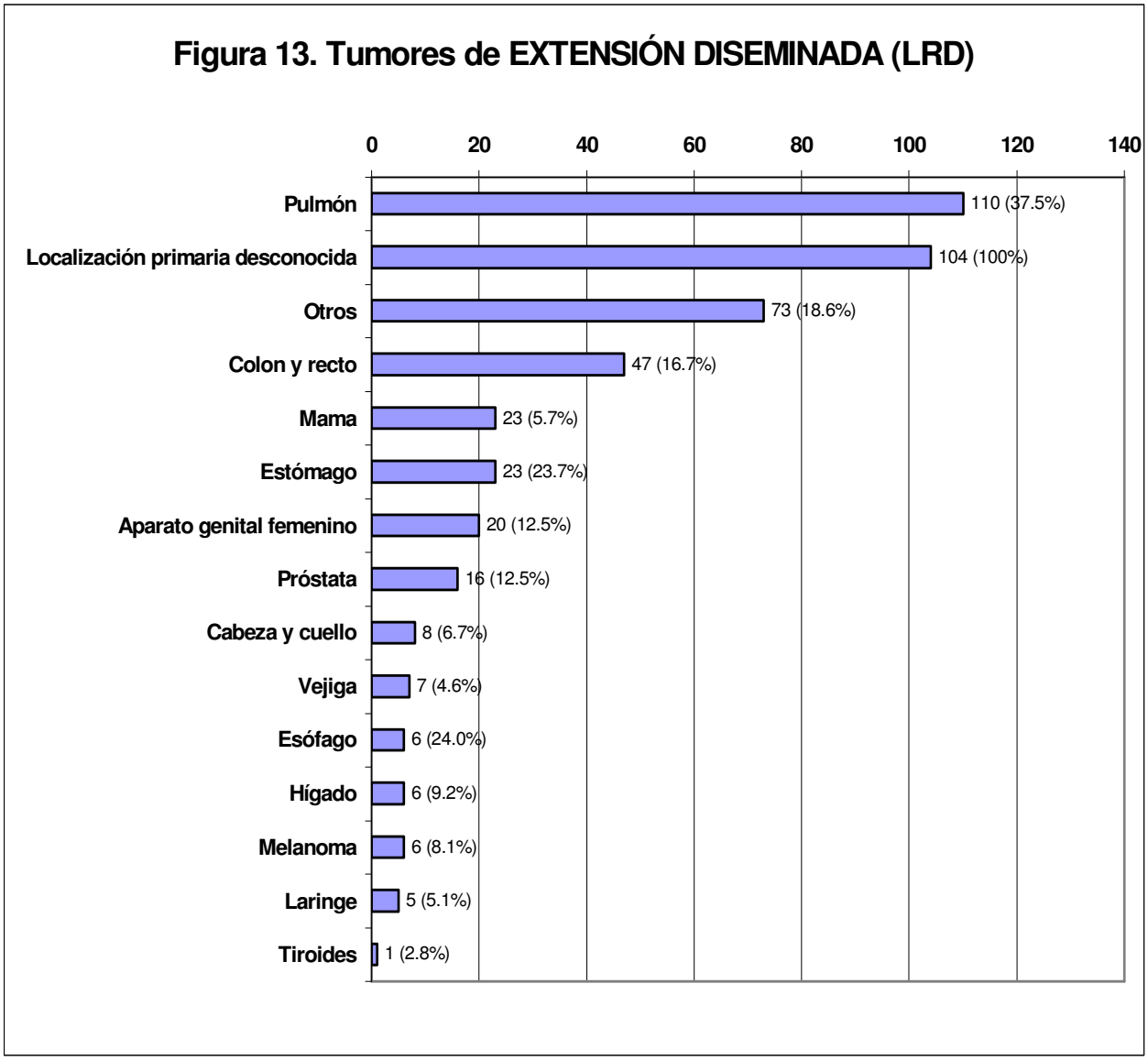


Figura 13. Tumores de EXTENSIÓN DISEMINADA (LRD)
0
20
40
60
80
100
120
140
Pulmón
110 (37.5%)
Localización primaria desconocida
104 (100%)
Otros
73 (18.6%)
Colon y recto
47 (16.7%)
Mama
23 (5.7%)
Estómago
23 (23.7%)
Aparato genital femenino
20 (12.5%)
Próstata
16 (12.5%)
Cabeza y cuello
8 (6.7%)
Vejiga
7 (4.6%)
Esófago
6 (24.0%)
Hígado
6 (9.2%)
Melanoma
6 (8.1%)
Laringe
5 (5.1%)
Tiroides
1 (2.8%)

Cuando consta en la documentación histopatológica se cumplimenta el dato de estadificación específica utilizada en algunas localizaciones tumorales. La tabla 39 muestra la distribución por estadios de Astler-Coller de los carcinomas colorrectales resecados.

Tabla 39. Distribución de los carcinomas colorrectales según su estadificación específica

Estadios de ASTLER COLLER	N	%
Estadio A	8	3,0
Estadio B1	11	4,2
Estadio B2	76	28,8
Estadio B3	3	1,1
Estadio C1	3	1,1
Estadio C2	93	35,2
Estadio C3	6	2,3
Estadio D	4	1,5
No aplicable, no consta	60	22,7
Total	***264***	***100,0***

La tabla 40 presenta la distribución de los carcinomas prostáticos según los grados de Gleason.

Tabla 40. Distribución de los carcinomas de próstata según su estadificación especifica

Grados de GLEASON	N	%
Grado <4	8	3,8
Grado 5	16	7,5
Grado 6	46	21,7
Grado 7	57	26,9
Grado 8	27	12,7
Grado 9	24	11,3
No aplicable, no consta	34	16,0
Total	***212***	***100,0***

La tabla 41 presenta la estadificación específica de los melanomas en niveles de Clarke y en estadios de Breslow.

Tabla 41. Distribución de los melanomas cutáneos según sus estadificaciones especificas		
Niveles de CLARKE	**N**	**%**
Léntigo maligno	8	9,9
Nivel I	2	2,5
Nivel II	19	23,5
Nivel III	21	25,9
Nivel IV	14	17,3
Nivel V	6	7,4
No aplicable, no consta	11	13,6
Total	***81***	***100,0***
MM DE BRESLOW	**N**	**%**
< 1 mm	20	24,7
1 – 2 mm	15	18,5
2 - 3 mm	5	6,2
3 – 4 mm	7	8,6
> 4 mm	10	12,3
No aplicable, no consta	24	29,6
Total	***81***	***100,0***

3.9 Tratamientos oncológicos aplicados

En el tratamiento oncológico se incluye la cirugía, quimioterapia y radioterapia y en este primer informe del RTH12O, este ítem "tipo de tratamiento" se registró sólo para los casos con fecha de diagnóstico en el segundo semestre de 1999 (N=1425) (tabla 42). Un 82.5 % de los tratamientos han sido de alguno o más de estos tres tipos. En el apartado "otros" se incluye hormonoterapia, trasplante M.O., etc. Sólo se recoge la primera línea de tratamiento que haya recibido el paciente, no se tiene en cuenta el tratamiento de las recidivas. En la tabla 42 se presenta el total de cada tipo de tratamiento oncológico. Un 49.9% de los tumores han sido tratados quirúrgicamente, un 30.5% con radioterapia y un 27.1% con quimioterapia.

Tabla 42. Tratamientos oncológicos agrupados

Tipo de tratamiento	Nº Ttos.	% sobre Nº Ttos.	% sobre Nº tumores
Cirugía	711	38,3	49,9
Radioterapia	435	23,4	30,5
Quimioterapia	386	20,8	27,1
Otros tratamientos	230	12,4	16,1
No consta, no procede	95	5,1	6,7
Total muestra 2º Semestre (Nº tumores 1425)	***1867***	***100,0***	

En la tabla 43 se expone la secuencia de tratamientos entre los 1425 tumores del segundo semestre de 1999. Entre 1330 primeros tratamientos el tratamiento más frecuente fue la cirugía (52,2%), en el 17,7% fue quimioterapia y en el 15,3% la radioterapia.

Tabla 43. Tratamientos oncológicos en secuencia

Tipo de Tratamiento	1er Tto	%	2º Tto	%	3er Tto	%
Cirugía	694	52,2	15	4,2	2	2,5
Radioterapia	204	15,3	186	52,7	45	57,0
Quimioterapia	235	17,7	133	37,7	18	22,8
Otros	197	14,8	19	5,4	14	17,7
Total Muestra (2º Semestre)	***1330***	***100,0***	***353***	***100,0***	***79***	***100,0***

Entre los pacientes de clase 4 (tabla 44) la cirugía fue el primer tratamiento oncológico más frecuentemente aplicado (64%), seguido de la quimioterapia (14,3%) y de la radioterapia (6,4%).

Tabla 44. Tratamientos oncológicos en tumores de Clase 4 (pacientes diagnosticados y tratados en H12O)

Tipo de Tratamiento	1er Tto	%	2º Tto	%	3er Tto	%	Total
Cirugía	632	64,4	13	4,6	2	3,0	647
Radioterapia	63	6,4	141	49,6	42	62,7	246
Quimioterapia	140	14,3	117	41,2	17	25,4	274
Otros	146	14,9	13	4,6	6	9,0	165
Total Muestra (2º Semestre)	***981***	***100,0***	***284***	***100,0***	***67***	***100,0***	***1332***

Sin embargo, entre los pacientes referidos al H12O para sólo tratamiento (clase 3) la radioterapia es el primer tratamiento que consta como aplicado en nuestro hospital (tabla 45), definiendo su carácter de apoyo a previas conductas terapéuticas en el hospital de origen.

Tabla 45. Tratamientos oncológicos en tumores de Clase 3 (pacientes referidos al H12O para tratamiento de apoyo)

Tipo de Tratamiento	1er Tto	%	2º Tto	%	3er Tto	%	Total
Cirugía	35	12,2	2	3,1	0	0,0	37
Radioterapia	137	47,6	44	68,8	1	10,0	182
Quimioterapia	95	33,0	13	20,3	1	10,0	109
Otros	21	7,3	5	7,8	8	80,0	34
Total Muestra (2º Semestre)	***288***	***100,0***	***64***	***100,0***	***10***	***100,0***	***362***

En la tabla 46 se presenta el porcentaje de tumores de pacientes provenientes de otras áreas sanitarias que recibieron en H12O un tratamiento oncológico.

Tabla 46. Distribución de pacientes extra-Area 11 en cuya atención por el H12O se ha administrado algún tratamiento oncológico

Area	Hospital de Referencia	Total atendidos (100%)	Ttos. Oncológicos aplicados	% de los atendidos
01	Hospital Gregorio Marañón	46	34	73,9
02	Hospital de la Princesa	43	30	69,8
03	Hosp. Príncipe de Asturias	12	8	66,7
04	Hospital Ramón Y Cajal	18	13	72,2
05	Hospital La Paz	29	23	79,3
06	Hospital Puerta Hierro	28	23	82,1
07	Hospital Clínico San Carlos	73	60	82,2
08	Hospital del Móstoles	62	50	80,6
09	Hospital Severo Ochoa	350	301	86,0
10	Hospital de Getafe	147	144	98,0
	Extra-Comunidad de Madrid	290	201	69,3
	TOTAL	***1098***	***887***	***80,8***

ANEXO I. Agrupación utilizada para la localización tumoral en las tablas de resultados, tomada de la CIE-O (Primera Edición).

CABEZA Y CUELLO
140. - Labio
141. - Lengua
142. - Glándula salival
143. - Encía
144., 145. - Boca
146. – 149. - Faringe

APARATO DIGESTIVO
151. - Estómago
153. 154. - Colon y recto
155. - Hígado
156.0 - Vesícula biliar
156.1 - Vías biliares extrahepáticas
156.2 - Ampolla de Vater
157. - Páncreas

APARATO RESPIRATORIO Y ÓRGANOS INTRATORÁCICOS
161. - Laringe
162. - Bronquios y pulmón

PIEL
173. - Piel

MAMA
174. y 175. - Mama y Mama Masculina

APARATO GENITAL FEMENINO
184.4 - Vulva
184.0 - Vagina
180. - Cuello del útero
179. - Cuerpo del útero
183. - Ovario

APARATO GENITAL MASCULINO
185. - Glándula prostática
186. - Testículo
187. - Pene y cordón espermático

APARATO URINARIO
189. - Riñón
189.1 - Pelvis renal y uréter
188. - Vejiga

OJO Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
190. - Ojos y anexos
192.1, 192.3 - Meninges
191. - Encéfalo
192.2 - Médula espinal y nervios craneales

TIROIDES Y OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS
193. - Glándula tiroides

LINFOMAS
959. Linfoma maligno, difuso o SAI
965. 966 Enfermedad de Hodgkin
967. 968 Linfoma maligno de tipo especificado, difuso o SAI
969. Linfoma maligno folicular o nodular
970. Linfoma cutáneo y linfoma de células T periféricas
971. Otros linfomas no Hodgkin especificados
972. Otras neoplasias linforreticulares

LEUCEMIAS Y MIELOMAS
973. Tumores de células plasmáticas
974. Tumores de células mastocíticas
976. Enfermedades inmunoproliferativas
980. Leucemia, SAI
982. Leucemia linfoide
983. Leucemia de células plasmáticas
984. Eritroleucemias
985. Leucemia de células linfosarcomatosas
986. Leucemia mieloide
987. Leucemia basofílica
988. Leucemia eosinofílica
989. Leucemia monocítica
990-994. Otras leucemias

OTROS
150. - Esófago
151.0 - U. cardioesofágica
152. - Intestino delgado
154.3 - Ano
160. - Cavidad Nasal
160.9 - Senos accesorios
163. - Mediastino
164. - Pleura
170. - Huesos y articulaciones
158. - Retroperitoneo y peritoneo
171. - Partes blandas
194. - Otras glándulas

LOCALIZACIÓN PRIMARIA DESCONOCIDA
199. - Localización primaria desconocida

BIBLIOGRAFÍA

- "Mortalidad en el Area 11 de Salud. Indicadores básicos para la planificación sanitaria". Documento mimeografiado, elaborado por la Unidad de Medicina Comunitaria a partir de la explotación de los Registros del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid, producidos por el Instituto de Estadística de la CM.

- Astler VB, Coller FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. Ann Surg 1954; 139:846-852.

- Clarke WH, Fran L, Bernardino EA, Mihn MC. The histogenesis and biologic behaviour of primary human malignant melanomas of the skin. Cancer Research 1969; 29:705-727.

- Organización Panamericana de la Salud (1977). *Clasificación lnternacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O)*, (Publicación Científica nº 345) Washington.

- Organización Panamericana de la Salud (1977) *Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital* (Publicación Científica nº 349), Washington.

- Organización Panamericana de la Salud (1978) *Clasificación lnternacional de Enfermedades Revisión 1975* (Publicación Científica nº 353) Washington.

- College of American Pathologists. *Systematized Nomenclature of Medicine*. Vol I. Numeric Index and Vol II. Alphabetic Index. Coté RA, et al (ed). Second Edition, Skokie, IL, 1979.

- Breslow, A. Thickness, cross-sectioned areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. Annals of Surgery 1981; 172:902-908.

- Regulación de Comisiones Clínicas RD 521/87, de 15 de abril.

- Percy C, Van Holten V, Muir C: International Classification of Diseases for Oncology (2nd. Ed.). Genova, World Health Organization, 1990.

- International Agency for Research on Cancer and International Association for Cancer Registres. *Cancer Registration: Principles and Methods*. Jensen O.M. et al. (ed). IARC Scientific Publications No. 95. Lyon, France1991.

- Peris Bonet R, Herranz Fernandez C. *Registro de Tumores de la Comunidad Valenciana: Manual para Registros de Cancer de Hospital Nº1* (Serie Manuals Nº14 de Monografías Sanitarias). Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunidad Valenciana (ed.). Publitrade SA. Valencia, 1992.

- Gleason , DF. Histologic grading of prostate cancer. A perspective. Human Pathology 1992; 23:273-279.

- College of American Pathologists. *SNOMED International (Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine)*.Vol I and II. Numeric Index and Vol III and IV. Alphabetic Index.Coté RA, et al (ed).3rd edition. Chicago, IL, 1993.

- Dirección General de Salud Pública. *Cancer en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo (ed.). Rumagraf SA. Madrid, 1993.

- Manual de procedimientos del Registro Poblacional de Tumores de la CAM. Oficina Regional de Coordinación Oncológica. C. de Salud. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. 1994.

- Informe Técnico nº 10 de la IARC (Agencia Internacional de Investigación sobre el Cancer). Manual for Cancer Registry Personnel. Lyon, 1995.

- International Union Against Cancer (UICC). TNM classification of malignant tumours. Ed 5. In: LH Sobin, Ch Wittekind, eds. New York: Wiley-Liss, 1997.

- Zubiri A, Cuchí, T, Abadía, MJ. Estadística Oncológica de la Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer Años 1995 y 1996. Departamento Nacional de Estadística y Epidemiología de la Fundación Científica de la AECC. Madrid, 1998.

- Criterios de confidencialidad: ley orgánica 15/1999 y ley 11/1995 de la CAM

- Miñarro R, Black JR, Martínez C, Navarro C, Garau I, Izarzugaza I, Ardanaz E: Cancer incidence and Mortality in Spain. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2000, pp. 69-93.

GLOSARIO

A11: Area Sanitaria 11, área de referencia del Hospital 12 de Octubre.
Caso registrable: cualquier paciente con tumor clasificable en la CIE oncológica cuyo comportamiento sea igual o mayor que 2, con un papiloma de vejiga o con cualquier tumor del S.N.C. que contacte con los servicios sanitarios del Area 11 para su diagnóstico y/o tratamiento de su enfermedad, aunque éste sea parcial. La unidad de estudio es el tumor y el paciente con varios tumores diferentes será registrado tantas veces como tumores tenga. Se excluyen los tumores cutáneos excepto melanomas y sarcomas de Kaposi.
Caso "prevalente": son casos prevalentes todos los casos que se detectan con una fecha de contacto anterior a la del inicio del RTH12O. Se registrarán en un fichero diferente del de casos registrables para reconocerlos en los seguimientos y evitar consumir tiempo en recoger su información.
CEP: Centro de Especialidades Periféricas
CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición.
CIE-O: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología.
Clase de Caso: identifica las distintas situaciones asistenciales y el tipo de relación que el paciente tiene con el Hospital. Permite seleccionar los casos por grupos homogéneos al explotar la base y obtener resultados globales.
Clase de Caso 1: caso consulta de Anatomía Patológica.
Clase de Caso 3: tumores que en el Hospital 12 de Octubre sólo reciben tratamiento oncológico.
Clase de Caso 4: tumores que han sido diagnosticados, tratados y seguidos en el Hospital 12 de Octubre.
CMBDH: conjunto mínimo básico de datos de ingresos hospitalarios.
Extra-A11: otras áreas sanitarias ya sea de la Comunidad de Madrid o de otras Comunidades Autónomas.
Fecha de diagnóstico, de incidencia o de tumor: la apropiada jerárquicamente entre 1- fecha diagnóstico en otro centro, 2-fecha diagnóstico Anatomía Patológica, o 3- fecha de contacto hospitalario. Esta fecha marca el periodo en el que se debe incluir el tumor y es el punto de partida para calcular intervalo diagnóstico-tratamiento, edad de incidencia, etc.
H12O: Hospital 12 de Octubre.
IARC: International Agency for Research on Cancer.
IACR: International Asociation of Cancer Registries.
LRD: ítem que indica la extensión tumoral en el momento del diagnóstico. Se utiliza la estadificación en las categorías: “in situ”, local, regional y diseminada.
RTH12O: Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre.
SAI: *Sine alter inscription*. Dentro de cada localización tumoral de la CIE, categoría para codificar los tumores no clasificables en otra parte.
SNOMED (nomenclatura médica sistematizada de enfermedades): esta codificación de enfermedades se inició por la Sociedad de Patólogos Americanos en forma de SNOP (nomenclatura sistematizada en patología) cuyo criterio clasificador era la base morfológica. Esta codificación constituyó el embrión de la SNOMED., clasificación actualmente empleada por los patólogos.
TNM: clasificación de las neoplasias malignas que ha sido desarrollada por la International Union against Cancer. Su objetivo es desarrollar un sistema codificador que permita distribuir los casos de cáncer en grupos de acuerdo con la observación de que las tasas de supervivencia son más altas en los pacientes en los que la enfermedad está más localizada (versus más baja cuanto más extendida fuera del órgano de origen del tumor).