

Registro hospitalario de cáncer

Dra. Aurora González Rivera¹, Dr. Pedro Rizo Ríos², Dra. Susana Días Hernández¹, Dr. Paulino A. Álvarez Navarro¹, Dra. Esther Lombardo Aburto¹, Dra. Maribel López Alquicira¹, Dra. Patricia Chico Aldama¹, Enf. Elvira Solórzano García¹, Lic. Esther Ortega Martínez¹.

La vigilancia epidemiológica (VE) es la recolección sistemática, el análisis y la interpretación de datos sobre resultados específicos. Está integrada a la difusión oportuna de la información que se obtiene de este proceso, a los responsables de la prevención y control de enfermedades y daños. En el caso del cáncer, el uso de registros ha sido el menor abordaje de la VE a nivel comunitario.

El objetivo principal de un registro de cáncer es recabar y clasificar continua y sistemáticamente, la información sobre todos los casos del cáncer, en una población determinada. El registro tiene un papel clave para valorar y controlar el impacto de la enfermedad en la comunidad. Su función principal es mantener un archivo o registro donde estén documentadas las características personales de los pacientes, así como los detalles clínicos y anatomopatológicos de los tumores, recolectados a partir de distintas fuentes de datos.

La recolección de información y la elaboración de estadísticas se justifica, si los datos recolectados se registran, analizan e interpretan periódicamente. Esto permite tener información sobre la frecuencia y las

características de tipos específicos de cáncer en distintos segmentos de la población.

Tal información es la fuente primaria para la investigación epidemiológica sobre los agentes causantes de cáncer, y constituye la base de la planificación y evaluación de los servicios sanitarios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En tal forma se beneficia el individuo y la sociedad.

Existen dos tipos de registro de cáncer: el **“poblacional”** y el **“hospitalario”**. Aunque la forma de identificar los casos puede ser similar en ambos, se debe hacer la distinción entre los dos. El primero, registra todos los nuevos casos que existen en una población –la mayoría de las veces, de una zona geográfica poniendo énfasis en la epidemiología y la salud pública. El segundo, registra los casos de un hospital habitualmente sin que se conozca la población de donde provienen. El énfasis radica en la asistencia clínica y el manejo en el hospital. El registro de un hospital puede constituir el núcleo de un futuro “sistema de registro de cáncer poblacional”.

La información de los registros puede usarse en múltiples áreas, lo cual aumenta el valor de los datos obtenidos si se mantiene la vigilancia comparable a largo plazo. Su importancia depende de la calidad de los datos y la medida en que se utilicen para la investigación y planificación de los servicios de salud. Su énfasis variará de acuerdo a las circunstancias e intereses locales.

Los registros del hospital juegan un papel importante de apoyo en la asistencia a los pacientes con cáncer; ayuda a los profesionales en el seguimiento de sus casos y aporta datos estadísticos sobre los resultados del tratamiento, entre otros. Registrar los casos diagnosticados y tratados en un sólo hospital cumple básicamente una función clínica, y es un

¹ Instituto Nacional de Pediatría: Consulta Externa, Medicina Comunitaria, Archivo Clínico, Epidemiología. ²Dirección General de Epidemiología.

*Casos nuevos de notificación inmediata, *Ingresos hospitalarios, clasificados como epidemiológicos y no epidemiológicos. *Accidentes. *Casos nuevos de cáncer. *Cáncer, reingresos hospitalarios. *Mortalidad hospitalaria por diagnóstico de base y grupos de edad. *Mortalidad hospitalaria por motivo de defunción. *Principales causas de morbilidad hospitalaria por lista básica. *Principales causas de mortalidad por lista básica. *Principales causas de morbilidad en consulta externa de especialidades. *Principales causas de demanda de atención por urgencias calificadas por lista detallada.

Cuadro 1. Casos nuevos de notificación inmediata

<i>Diagnóstico</i>	<i>CIE-10ª Rev.</i>	<u>Casos reportados</u> <i>Ene-jun 2004</i>	
1. Angina estreptocócica	J02.0-J09.0	5	
2. Brucelosis	A23		
3. Cisticercosis	B69		
4. Cólera A00			
5. Conjuntivitis hemorrágica	B30.3	1	
6. Dengue	A91,A92.0	1	
7. DifteriaA 36			
8. Efectos indeseables por vacunación	978-979		
9. Enfermedad febril exantemática	S/C	1	
-Rubéola	B06	2	
-Sarampión	B05		
10. Escarlatina	A.38		
11. Fiebre reumática	100-102		
12. Fiebre tifoidea	A01.0		
13. Meningitis meningocócica	A39.0	3	
14. Parálisis flácida aguda	S/C	2	
-Síndrome de Guillain Barre		8	
-Síndrome de motoneurona			
-Polirradiculoneuropatía			
15. Haemophilus influenzae		1	
16. Parotiditis	B26		
17. Rabia humana	A82		
- Mordedura por animal transmisor de rabia	W54,W55	59	
18. Sida B20-B24			
- VIH (pacientes)	Z21	5	
- VIH (donadores)	Z21	4	
19. Sífilis congénita	A50	1	
20. Tétanos neonatal / tétanos adquirido	A33		
21. Tos ferina	A35		
-Sx. Coqueluchoide			
22. Tuberculosis meníngea	A17.0		
Tuberculosis pulmonar	A15-A16	3	
Tuberculosis otras formas	A17.1,17.8,17.9,18,19	6	
23. Varicela intrahospitalaria	B01	21	
Varicela extrahospitalaria	B01	44	
24. Rotavirus		13	
25. Histoplasmosis			
26. Absceso hepático amibiano			
27. Hepatitis viral		4	
- Hepatitis fulminante			
28. Intoxicación alimentaria bacteriana	A05	2	
29. Intoxicación alimentaria no bacteriana			
Subtotal de enfermedades infecciosas		186	186
30. Intoxicación por plaguicidas	T60-T60.9		
31. Intoxicación por ponzoña de animal	X20-X23-X27	7	
32. Fibrosis quística		2	
33. Defectos tubo neural	Q02	16	
- Anencefalia	/ Q05		
- Espina bífida			
- Encefalocele	Q01		
- Mielomeningocele			
- Labio y paladar hendido	Q35-Q37		
34. Diabetes mellitus	E10-E14	20	
35. Asma bronquial	J45, J46	14	
36. Fiebre reumática	I00-I02		
37. Lupus eritematoso sistémico		40	
Subtotal de enfermedades no infecciosas		99	99
Total de casos reportados		285	285

CIE-10ª Rev . Clasificación internacional de enfermedades.

recurso valioso para el control y evaluación del trabajo y los resultados obtenidos en la institución.

Cuadro 2. Ingresos hospitalarios clasificados por epidemiológicos y no epidemiológicos

Ingresos hospitalarios	Ene-jun 2004	% (n=3694)
1. Epidemiológicos*	1970	53
1.1 Accidentes	258	6.98
1.2 Cáncer	860	23.28
1.3 Crónicos y degenerativos	86	2.33
1.4 Defectos del tubo neural	16	0.43
1.5 Previsibles por vacunación	15	0.41
1. 6 Infecciosos y contagiosos	735	19.90
2. No epidemiológicos**	1724	47
Total	3694	100

Fuente: hojas de ingresos hospitalarios, registros del servicio de epidemiología del INP.

*Ingresos con diagnóstico que amerita vigilancia, estudio epidemiológico y notificación de caso, así como la realización de actividades de prevención y control respectivas.

**Ingresos con diagnósticos que por el momento solo requieren de un sistema de registro diario.

Normalmente se considera al registro como parte integral del programa de cáncer de un hospital, el cual debe tener los siguientes cuatro componentes:

1. Un comité hospitalario de cáncer.
2. Conferencias sobre cáncer con programación regular.
3. Estudios de la evaluación de la asistencia prestada a los pacientes.

4. Un registro de cáncer propiamente dicho.

El comité debe ser multidisciplinario, con tareas y responsabilidades claramente delimitadas. El registro rinde cuentas directamente al comité y está al servicio de los otros tres programas.

Parte de las funciones del registro hospitalario es la elaboración de un informe anual sobre las actividades relacionadas con el cáncer. Un punto importante en la preparación del informe es señalar con exactitud los casos que se deben incluir, tomando en cuenta las siguientes interrogantes:

a. ¿Deben incluirse todos los pacientes diagnosticados de cáncer atendidos en algún momento durante el año?

b. ¿Se incluyen los pacientes que acudieron sólo para una consulta?

c. ¿Y los diagnosticados o tratados previamente en otro hospital?

Estas consideraciones han dado origen al concepto “**clase de caso**”, para lo cual se han aceptado seis definiciones:

Cuadro 3. Accidentes. ene -jun 2004

Motivo de ingreso	Grupos de edad										Subtotal		Total	%
	- 1 año		1-4 a		5-9 a		10-14 a		15 +					
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
1. Traumatismo craneoencefálico	2	4	10	7	10	9	4	12		1	26	33	59	22.3%
2. Fractura de extremidades		1	9	15	13	25	6	42		6	28	89	117	44.3%
3. Intoxicación por medicamentos	1		1	3	2	1	3	2	1	2	8	8	16	6.06%
4. Politraumatizado			1	3	1	1	1	5		1	3	10	13	4.92%
5. Ingestión de causticos			22	10		3					2	13	15	5.68%
6. Quemaduras									1		1		1	0.37%
7. Aspiración de cuerpo extraño		5	7	15	1	2					8	12	20	7.57%
8. Traumatismo nasal					1		1			1	2	1	3	1.113
9. Ahogamiento				2	1						2	1	3	1.13
10. Arrollados en la via publica			1	1		1					1	2	3	1.13
11. Traumatismo ocular														
12. Traumatismo abdominal			1			1		3			1	4	5	1.89
13. Herida por arma de fuego					1				2		3		3	1.13
14. Amputaciones				1								1	1	0.37
Otros			1	2		1		1			1	4	5	1.89
Total	3	10	33	49	30	44	15	65	4	11	85	175	264	99.88%

Fuente: hoja diaria de admisión hospitalaria (m-03-07) y estudio epidemiológico

Cuadro 4A. Casos nuevos de cáncer. enero-junio 2004

Diagnóstico de ingreso Casos nuevos en el INP	CIE 10ª. Rev.	Grupos de edad										Subtotal		Total	Tasa
		- 1 año		1-4 a		5-9 a		10-14 a		15 +		F	M		
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M				
1. Leucemia	M 982		2	8	18	12	10	10	6	1	3	31	39	70	22.6
2. Linfoma	M 9713	1		3	3	4	4	1	1	2		11	8	19	6.1
3. Osteosarcoma	M 9180				2	1	6	2	6		3	3	17	20	0.6
4. Retinoblastoma	M 9510			3	1							3	1	4	1.2
5. Rabdomiosarcoma	M 8900	3					2		2			3	4	7	2..2
6. Meduloblastoma	M 9470		1	1		4	2		1			5	4	9	2..9
7. Hepatoblastoma	M 8970			1	1				2			1	3	4	1.2
8. Glioblastoma	M 9380					3	3	4	2	2		9	5	14	4.5
9. Histiocitosis	M 9720	1		4					1			5	1	6	1.9
10. Tumor Wilms	M 8964			2								2		2	0.6
11. Tumor germinal	M 906				3			2	2		2	2	7	9	2.9
12. T. Nep y SNC	M 9473		1	2	1	2	2	2	2		1	6	7	13	4.2
Otros		2	1			1	2					3	3	6	1.9
Total		7	5	24	29	27	31	21	25	5	9	84	99	183	59.1

*Tasa por 1000 egresos hospitalarios

CIE 10ª. Rev. Código Internacional de enfermedades, décima edición

Fuente: hoja diaria de admisión hospitalaria (m-03-07) y estudio epidemiológico

Cuadro 4B. Cáncer: reingresos hospitalarios clasificados por diagnóstico de base y de ingreso, enero-junio 2004

A. Diagnóstico de base	CIE 10	Total	%
1. Leucemia	M 982	462	53.7
2. Osteosarcoma	M 9180	65	7.5
3. Rabdomiosarcoma	M 8900	58	6.7
4. Linfomas	M 9713	51	5.9
5. Sarcomas	M 9260	39	4.5
6. Hepatoblastoma	M 8970	17	1.9
7. Retinoblastoma	M 9510	16	1.8
8. Neuroblastoma	M 9500	46	5.3
9. Meduloblastoma	M 9470	29	3.3
10. Tumor Wilms	M 8964	22	2.5
11. Histiocitosis	M 9720	26	3.0
Otros T. Nep y SNC	M 9473	29	3.3
Total		860	99.4
B. Motivos de reingreso		Total	%
1. Quimioterapia		464	53.9
2. Proceso infeccioso		241	28.0
3. Complicaciones		35	4.0
4. Estudios		120	13.9
5. Otros			
Total		860	99.8

CIE 10ª. Rev. Código Internacional de enfermedades, décima edición

Fuente: hoja diaria de admisión hospitalaria (m-03-07), estudio epidemiológico y expediente clínico

1ª Caso diagnosticado en el hospital desde la fecha de referencia (comienzo) del registro, aun cuando toda

la fase de tratamiento se haya realizado en otro hospital.

2ª Caso diagnosticado y tratado en el hospital.

3ª Caso diagnosticado en otro sitio, pero que haya recibido toda o parte de la primera fase del tratamiento en este hospital.

4ª Caso diagnosticado que haya recibido la primera fase del tratamiento en otro sitio (aquí se incluyen a los admitidos para tratamiento paliativo).

5ª Caso diagnosticado y tratado en este hospital antes de la fecha de referencia (comienzo) del registro hospitalario.

6ª Caso diagnosticado postmortem.

Los casos incluidos en las categorías 1, 2 y 3 se llaman "casos analíticos" y se incluyen en el informe. El resto, son casos "no analíticos" y se excluyen, en especial, de los cálculos de sobrevivencia.

Se recomienda que los registros de cáncer utilicen la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) (Percy et.al.,1990) para codificar el tipo (localización del tumor primario) y la morfología (tipo histológico) de los tumores (WHO,1976;OPS, 1977ª).

Para la búsqueda de casos, en un hospital, hay muchos sitios para hacerlo y documentar el diagnóstico de cáncer; las dos fuentes fundamentales son los informes de anatomía patológica y el archivo clínico.

Cuadro 5A. Mortalidad hospitalaria por diagnóstico de base y grupos de edad. Enero-junio 2004

Diagnóstico de base	CIE 10	Grupos de edad										Subtotal		Total	Tasa*
		- 1 año		1-4 a		5-9 a		10-14 a		15 +					
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
1. Enf. Infecciosas y parasitarias	1-001	1	1	3	1		2	1				5	4	9	2.9
2. Tumores (neoplasias)	1-026	2		3	3	6	10	6	8		2	17	23	40	12.9
3. Enf. Inmunológicas	1-048		1	1	2	1		4	2			6	5	11	3.5
4. Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1-051	1	5		1					1	1	2	7	9	2.9
5. Trastornos mentales y del comportamiento	1-055														
6. Enf. Sistema nervioso	1-058	4	1	1	3	1	2	1				7	6	13	4.2
7. Enf. del ojo y anexos	1-062	1	2									1	2	3	0.9
8. Enf. del hígado	1-080	2	1	1					1			3	2	5	1.6
9. Enf. Sistema circulatorio	1-064	5	5	3	3		1				1	8	10	18	5.8
10. Enf. Sistema respiratorio	1-072	2	4	3	2		2			1		6	8	14	4.5
11. Enf. Sistema digestivo	1-078	5	4			2		1			1	8	5	13	4.2
12. Malformaciones congénitas	1.093	9	8	2								11	8	19	0.3
13. Enf. del aparato genito-urinario.	1-084		1	1	2			1		1		3	3	6	1.9
Total		32	33	18	17	10	17	14	11	3	5	77	83	160	51.6

*Tasa por 1000egresos hospitalarios

CIE 10^a. Rev. mortalidad general, lista condensada.

Fuente: hoja de egreso hospitalario, informe de relaciones hospitalarias y certificados de defunción.

Para el *proceso de registro*. Si se tiene un sistema manual de archivo, éste debe contener un fichero índice, un fichero alfabético de pacientes y el archivo de registro de tumores. El American College of Surgeons (ACSCC,1986) recomienda archivar los resúmenes por localización y año de diagnóstico, en orden alfabético por nombre de los pacientes.

Cuando el registro está computarizado, se puede acceder a la base de datos, con el número de registro, el nombre del paciente, la localización del tumor, etc. Deben registrarse, como mínimo, los detalles de la exploración física, la historia clínica, las pruebas diagnósticas y de laboratorio, el informe anatomopatológico y el quirúrgico; los detalles del tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia hormonoterapia, inmunoterapia). Para futuros estudios, es esencial la documentación de la localización primaria, la histología y la extensión de la enfermedad.

Deben incluirse datos que no son de interés en un registro poblacional, pero que son indispensables para el registro hospitalario:

- Nombre de la persona encargada de cuidar al paciente.

- Teléfono.
- Servicio del hospital.
- Número de expediente o de la historia clínica.
- Fecha de ingreso.
- Fecha de alta.
- Hospital de precedencia.
- Hospital de destino.
- Médico responsable.
- Clase de caso.
- Pruebas diagnósticas.
- Extensión de la enfermedad.
- Fecha del primer tratamiento.
- Primer tratamiento.
- Tumor residual, metástasis.
- Fecha, tipo y localización de la primera recidiva.
- Fecha y tipo de tratamiento posterior.
- Situación en el momento del alta.
- Estado del paciente antes, después del primer tratamiento y en cada aniversario (calidad de vida).
 - Nombre y dirección del contacto.
 - Médico encargado del seguimiento (Cirujano, oncólogo, etc.).

Cuadro 5B. Mortalidad hospitalaria por motivo de defunción. Enero-junio 2004

Motivo de defunción	Grupos de edad										Subtotal	Total	Tasa*	
	1 año		1-4 a		5-9 a		10-14 a		15 +					
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M				
1. Choque séptico	4	7	5	3	2	2	5	2			16	14	30	9.6
2. Insuficiencia respiratoria	3		1	3	2	1				1	6	5	11	3.5
3. Choque cardiogénico	5	4	1			1			1	2	7	7	14	4.5
4. Hemorragia intracraneana	2	1	1			1		2			3	4	7	2.2
5. Insuficiencia cardíaca	4	3	1	1		1			1		6	5	11	3.5
6. Choque mixto	4	1		1	2	1	2	1		1	8	5	13	4.2
7. C.I.D.	1		2	1	1	1	1				5	2	7	2.2
8. Neumonía y BNM	1	4		1		1			1		2	6	8	2.5
9. Edema cerebral			1		1	2	2				4	2	6	1.9
10. Sepsis	2	1	1	1		2	2	1			5	5	10	3.2
11. Hipertensión IC								1				1	1	0.3
12. Choque hipovolémico		2										2	2	0.6
13. Muerte cerebral	1	1	2	1	1						4	2	6	1.9
14. Falla orgánica múltiple	1	1	1	4	1	4		3			3	12	15	4.8
15. Hipertensión pulmonar	3	6	2					1		1	5	8	13	4.2
Otros AC metabólica	1	2		1			2				3	3	6	1.9
Total	32	33	18	17	10	17	14	11	3	5	72	83	160	51.6

*Tasa por 1000 egresos hospitalarios

CIE 10ª. Rev.: mortalidad general, lista condensada.

Fuente: hoja de egreso hospitalario, informe de relaciones hospitalarias y certificados de defunción.

Cuadro 6A. Principales Causas de Morbilidad Hospitalaria por lista básica. Ene-Jun 2004

Num	Clave	Causa	Egresos**	Tasa*
C.I.E.				
1	COO-D48	Tumores (neoplasias)	769	22.3
2	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	513	14.9
3	J00-J98	Enfermedades del sistema respiratorio	474	13.8
4	K00-K92	Enfermedades del sistema digestivo	289	8.4
5	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	201	5.8
6	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	158	4.6
7	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	154	4.5
8	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	153	4.4
9	G00-G98	Enfermedades del sistema nervioso	141	4.1
10	N00-N98	Enfermedades del sistema genitourinario	140	4.1
		Todas las demás	449	13
		Total	3441	

Fuente: Archivo Clínico, Hoja de egreso hospitalario

**Incluye transferencias intrahospitalarias

CIE-10ª Rev. Clasificación Internacional de Enfermedades

Cuadro 6B. Principales Causas de Mortalidad por lista básica. Ene-jun 2004

Num	Clave C.I.E.	Causa	Defunciones	Tasa*
1	C00-D48	Tumores (neoplasias)	23	23.7
2	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	22	22.7
3	P00-P96	Ciertas afecciones orgánicas en el período perinatal	11	11.3
4	J00-J98	Enfermedades del sistema respiratorio	10	10.3
5	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7	7.2
6	N00-N98	Enfermedades del sistema genitourinario	6	6.2
7	K00-K92	Enfermedades del sistema digestivo	5	5.2
8	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	5	5.2
		Todas las demás	8	8.2
		Total	97	

Fuente: Archivo Clínico INP.

CIE-10ª Rev. Clasificación Internacional de Enfermedades

Cuadro 6C. Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Especialidades (1ª. Vez) por lista básica Ene-Jun 2004

Num	Clave C.I.E.	Causa	Casos	Tasa
1	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1516	17.0
2	C00-D48	Tumores (neoplasias)	645	7.2
3	G00-G98	Enfermedades del sistema nervioso	623	7.0
4	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	551	6.2
5	J00-J98	Enfermedades del sistema respiratorio	515	5.8
6	E00-E88	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	483	5.4
7	N00-N98	Enfermedades del sistema genitourinario	401	4.5
8	L00-L98	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	372	4.2
9	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	361	4.1
10	K00-K92	Enfermedades del sistema digestivo	324	3.6
		Todas las demás	3117	35.00
		Total	8908	

Fuente: Archivo Clínico INP. Informe diario del médico

CIE-10ª Rev. Clasificación Internacional de Enfermedades

Cuadro 6D. Principales Causas de Demanda de Atención por Urgencias Calificadas por lista detallada. Ene-Jun 2004

Num	Clave C.I.E.	Causa	Casos	Tasa
1	T14.X	Traumatismos, laceraciones y heridas	1177	18.8
2	J22.X	Neumonía y otras infecciones de vías respiratorias inferiores	633	10.1
3	A09.X	Colitis, enteritis y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	468	7.5
4	S06.9	Traumatismo craneoencefálico	386	6.1
5	J06.9	Infecciones de vías respiratorias superiores	372	5.9
6	R56.8	Crisis convulsivas	329	5.2
7	D70.X	Neutropenia	145	2.3
8	R50.9	Fiebre	111	1.8
9	K37.X	Apendicitis, no especificada	98	1.6
10	R10.4	Dolor abdominal	96	1.5
11	N39.0	Infección de vías urinarias	96	1.5
		Todas las demás	2366	37.7
		Total	6277	

Fuente: Archivo Clínico del INP, Informe diario del médico

CIE-10ª Rev. Clasificación Internacional de Enfermedades

Para el seguimiento del paciente, se deben tomar dos o tres contactos. El principal, a través del médico encargado del cuidado del paciente, o a través del familiar responsable. En el momento del seguimiento se debe intentar documentar la situación de la enfermedad y el estado funcional del paciente.

Para la presentación de resultados, se recomienda elaborar un informe anual.

El registro de cáncer proporciona una base crucial para la epidemiología, puesto que contiene información sobre la distribución de la enfermedad. Además de generar cifras de frecuencia y sobrevida, se complementa con las estadísticas sobre prevalencia para completar la información sobre la presencia de cáncer en la comunidad. (MacMahon 2001)

Agradecimiento

Al la Sra. Teresa Urbina M., Secretaria de este Departamento, por su invaluable ayuda y asistencia

técnica. A las enfermeras Angélica Porras R., Alicia Quiroz C. y a la Dietista J. Areli Sánchez V., por su colaboración en la recolección de información.

REFERENCIAS

1. Dos Santos SI. Epidemiología del cáncer: Principios y métodos. Organización Mundial de la Salud. Agencia de Investigación sobre el Cáncer. Lyon, Francia 1999
2. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Registros de cáncer: principios y métodos. IARC. Publicación científica No. 95, Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer. Lyon, Francia 1995.
3. MacMahon B, Trichopoulos D. Epidemiología. Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts. Segunda Edición 2001.
4. Percy C, van Holten V, Muir C. (eds) International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), Second Edition. Geneva, World Health Organization. 1999
5. Young JL. The hospital-based cancer registry. In: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS. Cancer registration: Principles and Methods. IARC Scientific Publications No.95, Lyon International Agency for Research on Cancer Lyon, France 1991. pp.177-184.

Una de las actividades del Departamento de Medicina Comunitaria es la Vigilancia Epidemiológica (VE), cuya finalidad radica en que sus procedimientos sean continuos, sistémicos, oportunos y efectivos en la captación, procesamiento y análisis de información para mejorar las acciones de prevención y control de los eventos y urgencias que afectan y ponen en peligro la salud comunitaria. Por tal motivo, desde el 2001, se incluye esta sección denominada "Vigilancia Epidemiológica" con información trimestral, orientada a su conocimiento y difusión.

El Comité Editorial de dicha sección está formado por el Dr. Paulino A. Álvarez Navarro, Subdirector de Consulta Externa; Dra. Aurora González Rivera, Jefa del Depto. de Medicina Comunitaria; Dra. Maribel López Alquicira, Jefa del Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística; Dra. Susana Días Hernández, Jefe del Servicio de Epidemiología y la Dra. Esther Lombardo Aburto. Participan como colaboradores: Lic. Esther Ortega Martínez, Enf. Elvira Solórzano García, Enf. A. Angélica Porras Rojas, Dta. Josefina Areli Sánchez Valdez y Enf. Alicia Quiróz Coroy, personal adscrito al Departamento de Medicina Comunitaria.