

11235

Zey

1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSTGRADO

T E S I S

DISEÑO DE UN SISTEMA DE REGISTRO PARA LOS  
PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ONCO-  
LOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE  
LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

DRA. IRMA HERNANDEZ Y HERNANDEZ

DRA. KARINE WEINBERG SLOBOTZKY

MEXICO, D.F. 1982.

vo. bo.  
*[Handwritten signature]*

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

Pág.

## CAPITULO I

INTRODUCCION	1
--------------	---

## CAPITULO II

DESCRIPCION DEL PROBLEMA ESPECIFICO	5
1. Estudios preliminares	5
2. Justificación	12

## CAPITULO III

OBJETIVOS	13
1. Relacionados con el curso de Especialización en Estadística aplicada a la salud	13
2. Relacionados directamente con la Unidad de Oncología del Hospital General de México	14
3. Relacionados con la situación general de la atención del cáncer (proporcionar datos y servicios)	15

## CAPITULO IV

MATERIAL Y METODO	17
Metodología	
1. Unidades de observación	18
2. Distribución de actividades	

CAPITULO V

RESULTADOS	19
1. Interferencias durante la realización de la investigación	19
2. Tablas y gráficas	22
3. Indicadores	47

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES	56
1. Rubros pertenecientes al paciente	63
2. Rubros pertenecientes a la sección de diagnóstico	65
3. Rubros pertenecientes a la sección de tratamiento	66
4. Datos de observación ulterior	67
5. Delimitación de procedimientos del Sistema	68
RESUMEN	
Español	77
Inglés	79
Francés	81
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	85

# INDICE ANEXOS

	Pág.
Primer diseño del registro de enfermos con cáncer	85
Instructivo para el llenado del registro de enfermos con cáncer	89
Diseño definitivo del registro de enfermos con cáncer	95
Instructivo para la codificación del registro	100
Hoja de observancia ulterior	107
Instrucciones para el llenado de la hoja de datos de observación ulterior	108
Hoja de defunción	110
Instructivo para el llenado de la hoja de defunción	111
Modelo de tarjeta para fichero de pacientes	113
Tarjeta de control de observación ulterior	114
Modelo de tarjeta simple para cómputo	115
Recursos humanos y recursos materiales	111

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

En muchos países se han establecido registros para una gran variedad de enfermedades. Algunas veces la posibilidad de establecer un registro ha sido considerada pero a la vez rechazada por la falta de conocimiento del desarrollo de esta actividad. Para otros, el propósito no fue formulado lo suficientemente claro en el comienzo y por lo tanto la información recogida no era adecuada.

Pero esto no significa que por el mal uso de este sistema se va a dejar de utilizar una herramienta tan indispensable como es el registro.

¿Qué es un registro?

El concepto más sencillo es el de una lista en la cual se identifica individualmente cada artículo. La mayoría de los países ya tienen un registro de nacimientos y defunciones; en cada caso debe haber la suficiente información en el registro para que cada individuo sea clasificado y fácilmente identificado. El registro para las enfermedades es un concepto un tanto cuanto difícil porque una enfermedad no puede ser considerada para el registro independientemente de la persona que se enferma de ella.

1) EDUCACION  
2) EDUCACION  
3) EDUCACION

*independiente*

El onceavo informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud señalaba que:

"El registro implica algo más que la notificación. Un registro requiere que se establezca un récord permanente, que haya control de seguimiento y la preparación de tabulaciones estadísticas sobre la frecuencia y la sobrevivencia. También sirve para que los datos de los pacientes que estén dentro del registro puedan ser utilizados en estudios especiales".

Por lo anteriormente mencionado, se observa que el registro implica encontrar a los casos, el seguimiento de éstos y la utilización estadística de los datos obtenidos. Por lo que se ha dicho se puede ver que no es un proceso fácil de realizar, y no debe ser empleado este método si hay otras maneras menos costosas para resolver el problema.

Propósitos de un registro:

*a) Enseñanza - información de estudiantes a distancia*

a. Dar a los centros de salud información sobre el status profiláctico de sus pacientes que presentan cierta enfermedad que se está registrando.

*b) Enseñanza*

b. Instruir a los médicos en el mejoramiento del diagnóstico.

*c) Investigación*

Los objetivos primarios son los siguientes: Ayudar a los médicos en el seguimiento de sus pacientes para la atención profiláctica.

*NO NECESARIAMENTE!*

Poder dar medicamentos a bajo costo o gratis a los pacientes necesitados. ?

*INVESTIGACION!*

Obtener información sobre la incidencia y prevalencia de esa enfermedad.

*EFECTOS DE LA INVESTIGACION!*

Distribuir literatura al alcance de todos, sobre lo más reciente de esa enfermedad.

Proporcionar medicamentos para prevenir las recaídas. ?

Continuar la supervisión médica.

Datos para estadísticas, estudios epidemiológicos e investigación, se pueden obtener de un buen registro.

El primer intento que se realizó sobre registro de cáncer fue en Dinamarca en 1905, cuando se les pidió a todos los médicos reportar a todos sus pacientes bajo tratamiento. En 1942, se estableció el Registro Nacional de Cáncer con la ayuda del Servicio Nacional de Salud y la Asociación Médica Danesa. En el Reino Unido se comenzó el registro en 1930. En junio de 1955 se organizó una campaña anticancerosa en donde fueron representados 10 países. En esta ocasión se dijo que: "Los objetivos principales del registro de cáncer son el obtener la información sobre la incidencia y el seguimiento de los casos registrados." <sup>1/</sup>

---

<sup>1/</sup> Brooke, Eileen M. The current and future use of registers in Health Information Systems. World Health Organization, Geneva 1974; págs. 1-29.



Esto da lugar a que en América Latina surja interés para establecer registros de cáncer, encontrándose tanto entre las causas de defunción como en las de admisión a los servicios de atención médica, un aumento en la frecuencia de las neoplasias malignas.<sup>2/</sup>

Las estadísticas actuales indican que el cáncer podría curarse en más del 50% de los casos si se diagnosticara en sus etapas iniciales y si se tratan tan rápida y adecuadamente. Para lograr este objetivo será necesario organizar vastos programas y aplicar en ellos todas las técnicas posibles de detección, diagnóstico y tratamiento.<sup>3/</sup>

Por lucha contra el cáncer se entiende una serie de medidas fundadas en los conocimientos actuales sobre prevención, localización de casos, diagnóstico, tratamiento, asistencia ulterior y rehabilitación, encaminados a reducir de manera apreciable el número de nuevos casos, aumentar el número de curaciones y a limitar los casos de invalidez. En general, los programas de lucha contra el cáncer tienen los siguientes objetivos: reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad causadas por el cáncer.<sup>4/</sup>

---

<sup>2/</sup> OPS (1975); Seminarios sobre registros de cáncer en América Latina (Cali, Colombia, septiembre de 1969). (E) Publicación Científica No. 215, 1970; págs. 1-169.

<sup>3/</sup> OMS (1969); Detección precoz del cáncer, Informe de un Comité de Expertos de la OMS; Ser. Inf. Teen. No. 422; págs. 1-38

<sup>4/</sup> OMS (1963); Lucha contra el cáncer, Primer Informe de un Comité de Expertos. Ser. Inf. Teen. No. 251; págs. 1-31.

## CAPITULO II

### DESCRIPCION DEL PROBLEMA ESPECIFICO

El Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuenta con la unidad de Oncología, la cual atiende al año aproximadamente 2,800 pacientes de primera vez, este volumen de pacientes que demandan servicios, va en constante aumento y es del interés de las autoridades de la Institución conocer la calidad del servicio que presta a la población, a través de la evaluación de los pacientes con el tratamiento instituido, y por tratarse de una unidad médica de atención de tercer nivel, requiere de información específica para la realización de investigaciones médicas básicas, clínicas y epidemiológicas. Es importante, también, considerar los aspectos de costo del tratamiento de los casos, así como el funcionamiento de la Unidad.

#### 1. Estudios preliminares:

Con estos intereses se realizó en la Unidad de Oncología un servicio sobre las principales neoplasias registradas en el año de 1979.

De un total de 2,317 casos de tumores, el 36% de éstos procedían del Distrito Federal; el 14.9% del Estado de México y, el 49.1% restante de los demás estados de la República Mexicana.

De este total de casos, el 76.6% afectó al sexo femenino y el 58.6% fueron neoplasias malignas (1,652 casos), distribuidos anatómicamente de la siguiente manera:

33.1%	en cérvix
12.2%	mama
7.8%	piel
5.6%	ganglios
3.9%	Tejido conjuntivo
3.5%	boca
2.5%	hueso
2.3%	pulmón
2.2%	nariz y fosas nasales
2.1%	en sistema hematopoyético

Estos son los 10 sitios más frecuentemente afectados en este estudio.

En la distribución de las neoplasias malignas por edad y sexo se encontró dentro del sexo masculino una mayor incidencia en el grupo de los 65 a 69 años, le siguen en importancia el grupo de los 55 a 59 años; de los 60 a 64 y de los 50 a 54. En el sexo femenino hay una mayor incidencia en el grupo de los 45 a los 44 años, de los 35 a los 39 y de los 50 a 54 años, siendo el cáncer Cérvico Uterino el más frecuente con un total de 468 casos. De éstos, el 28.6% de los casos ya se encontraban en el

Estadio II y el 24.6% en el Estadio III; al momento del diagnóstico solamente el 25.9% de los casos se diagnosticaron en el estadio 0. 1/ 2/

Al revisar estos datos, se encuentra que la incidencia de los tumores malignos en esta población supera al 50% del total de las neoplasias, afectando principalmente al sexo femenino, siendo para este grupo el cáncer más frecuente el cervicouterino, del cual sólo una cuarta parte de los casos estudiados se diagnosticaron in situ y más de las dos cuartas partes se diagnosticaron entre el estadio II y III.

## 2. Justificación

En base a estos datos se llegó a la conclusión de la necesidad de establecer un registro de enfermos con cáncer en este servicio.

Este ayudará a sistematizar la captación de los datos a través de la Historia Clínica la cual permitirá contar con la información necesaria para la planeación y programación de las actividades que corresponde realizar al Centro Oncológico. Estas actividades se definen como:

- Estudio de la supervivencia de los pacientes en relación con su estadio evolutivo, tipo histológico, modalidad terapéutica, etc.,

- 
- 1/ Días, Rodolfo; Zaragoza Ramón. Consideraciones acerca del problema del cáncer en México. Proyecto del Registro Nacional de Enfermo con Cáncer. Memoria, Jornadas Médicas del Centro Médico Privado, S.A. "Hospital Francés", México 1974; págs. 1-16
- 2/ Trabajo realizado en la Unidad de Oncología del Hospital General de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979.

así como su mecánica operacional y observación ulterior periódica en casi el 100% de los casos. (3) Correspondiendo así al Centro de Oncología:

- a. Dar servicio de detección, diagnóstico y tratamiento p5estado atención al trabajo en equipo.
- b. Coordinar sus servicios de atención médica con otras instituciones asistenciales.
- c. Adiestrar y capacitar estudiantes de medicina, médicos generales, especialistas, técnicos y otros.
- d. Investigar y evaluar nuevos métodos de detección, diagnósticos y tratamiento.
- e. Realizar investigaciones epidemiológicas y en ciencias básicas.<sup>4/</sup>

Los registros institucionales del cáncer facilitan servicios al paciente, garantizándole de por vida exámenes completos y periódicos, independientemente de las eventualidades que pudieran existir, tales como cambios de domicilio, jubilación o fallecimiento del médico que lo atendió. Administrativamente el registro permite recordar al médico y al paciente el mo-

---

<sup>3/</sup> OPS (1975). Seminarios sobre registros de cáncer en América Latina. (Cali, Colombia, Septiembre 1969). (E) Publicación Científica No. 215, 1970; págs. 1-169.

<sup>4/</sup> Idem.

mento oportuno para la realización de un nuevo examen. La apropiada observación ulterior del caso sólo puede llevarse a efecto mediante un examen médico minucioso. Esto facilita la identificación temprana de recidivas locales y metástasis y el diagnóstico temprano de un nuevo cáncer primario.<sup>5/</sup>

También sirven para proporcionar al personal de la Unidad informes estadísticos sobre la localización anatómica del tumor, estadio de la enfermedad. Método del diagnóstico, tratamiento y resultados en el caso de todos los enfermos del cáncer tratados en el establecimiento.<sup>6/</sup>

Los datos estadísticos relacionados con el funcionamiento de los servicios de lucha contra el cáncer permiten evaluar asimismo la eficacia de los diversos elementos del programa y, en particular, los siguientes aspectos del mismo:

Rendimiento de los servicios de diagnóstico.

Utilidad de los programas especiales de localización de casos.

Valoración de los diversos métodos de tratamiento empleados (influyendo sus efectos a largo plazo).

---

<sup>5/</sup> OPS (1975). Seminario sobre registros de cáncer en América Latina. (Cali, Colombia, Septiembre 1969). (E) Publicación Científica No. 215, 1970; págs. 1-169.

<sup>6/</sup> Idem.

Empleo y eficacia de los servicios de rehabilitación y de asistencia postquirúrgica.<sup>7/</sup>

Asimismo permitirán las publicaciones de informes sobre supervivencia y resultados finales de los cuales facilitarán:

Presentarle al personal del hospital informes basados en datos obtenidos del registro de cáncer, por lo menos una vez al año. Estos incluirán el análisis de los datos sobre la supervivencia y los resultados finales de diversos tipos de cáncer.

Informes periódicos fundados en los datos del registro servirán de orientación para la atención de los enfermos de cáncer del hospital y servirán de utilidad para las modificaciones pertinentes que deberán hacerse del programa general contra el cáncer.<sup>8/</sup>

Fomentará y facilitará las investigaciones en este campo.

La carencia de un sistema de información adecuado dentro de la Unidad, no ha permitido sistematizar la información que permita conocer la mag-

---

<sup>7/</sup> OMS (1963). Lucha contra el Cáncer. Primer Informe de un Comité de Expertos. Ser. Inf. Tecn. No. 251; págs. 1-31

<sup>8/</sup> OPS (1975). op. cit.

nitud real y exacta del problema. La escasa información que se capta en la Unidad no es oportuna e íntegra. Esto ha ocasionado que las actividades que se realizan en la unidad no alcancen al máximo de eficiencia, eficacia y efectividad.

La utilización de un registro de enfermos con cáncer dentro de la Unidad permitirá:

- Mejorar la utilización de los recursos existentes.
- Conocer la incidencia de los diversos tipos de tumores malignos de su población.<sup>9/</sup>
- Conocer la distribución por edad y sexo de esa patología.<sup>10/</sup>
- Promover la atención continua de los pacientes oncológicos.<sup>11/</sup>
- Conocer la etapa anatomopatológica del tumor al momento del diagnóstico.<sup>12/</sup>
- Evaluar los resultados obtenidos en los diversos tipos de tratamiento aplicado y diseñar nuevos métodos terapéuticos.<sup>13/</sup>

---

<sup>9/</sup> Díaz Rodolfo; Zaragoza Ramón. Consideraciones acerca del problema del cáncer en México. Proyecto del Registro Nacional de Enfermo con Cáncer. Memoria, Jornadas Médicas del Centro Médico Privado, S.A. "Hospital Francés", México 1974; págs. 1-16.

<sup>10/</sup> ídem.

<sup>11/</sup> OPS (1975). op. cit.

<sup>12/</sup> ídem

<sup>13/</sup> ídem



- Conocer la mortalidad por esta causa dentro de los diversos agrupamientos de edad y sexo. <sup>14/</sup>
- Constituir un recurso para la educación continua de médicos y personal paramédico. <sup>15/</sup>
- Constituir un recurso para las investigaciones en este campo. <sup>16/</sup>  
y, finalmente
- Constituir un recurso para la realización de programas de educación a la población. <sup>17/</sup>

- 
- <sup>14/</sup> Díaz Rodolfo; Zaragoza Ramón. Consideraciones acerca del problema del cáncer en México. Proyecto del Registro Nacional de Enfermo con Cáncer. Memoria, Jornadas Médicas del Centro Médico Privado, S.A. "Hospital Francés", México 1974; págs. 1-16
- <sup>15/</sup> OPS (1975). Seminarios sobre registros de cáncer en América Latina. (Cali, Colombia, Septiembre 1969). (E) Publicación Científica No. 215, 1970; págs. 1-169.
- <sup>16/</sup> Idem
- <sup>17/</sup> Idem

## CAPITULO III

### OBJETIVOS

Los objetivos principales que se pretenden alcanzar con este trabajo son los siguientes:

1. Relacionados con el curso de Especialización en Estadística aplicada a la salud:
  - Constituye la parte práctica del curso de Bioestadística
  - Permitirá el acercamiento a los problemas existentes con los que el especialista se enfrentará en forma cotidiana.
  - Permitirá detectar los obstáculos existentes dentro del sector salud para la aceptación de la creación de nuevos sistemas de información y sus implicaciones (diseño de informes, organización, flujo, periodicidad, etc.).
  - Permitirá la detección del nivel de comunicación y colaboración entre las diversas áreas que constituyen al Sector Salud para la realización de actividades relacionadas con los sistemas de información.
  - Permitirá dar a conocer la importancia de lo anteriormente señalado al personal del Sector Salud.

2. Relacionados directamente con la Unidad de Oncología del Hospital General de México.

- Sistematizar la información que surge de esta Unidad para que ésta sea oportuna, confiable, veraz e íntegra.
- Que permita al Jefe de la Unidad el conocimiento detallado de las actividades que se realizan dentro de su Unidad y los efectos de las mismas a largo plazo.
- Administrativamente le permitirá la planeación, programación, supervisión y evaluación a mediano y largo plazo para lograr una mayor eficiencia, eficacia y efectividad con los recursos existentes (humanos, materiales y financieros) y más específicamente
- Facilitar la observación ulterior (seguimiento) de todos los pacientes, con fines clínicos.
- Proveer datos de supervivencia de los pacientes:
  - a. Según diferentes localizaciones de cáncer
  - b. En relación con métodos y políticas de tratamiento
  - c. En relación con la historia natural del tumor.

- Proporcionar datos sobre los cambios y las tendencias en los métodos de tratamiento que surgen a través del tiempo.
- Proporcionar el número total de pacientes vistos anualmente, clasificados por localización del tumor.
- Obtener cifras exactas sobre las demandas de los pacientes cancerosos en lo que respecta a las instalaciones, el personal y los recursos de la Institución; incluyendo cambios de esas demandas en el transcurso del tiempo, a fin de establecer una mejor base para la planificación.

3. Relacionados con la situación general de la atención del cáncer, proporcionar datos y servicios como:

- El número de casos diagnosticados o tratados, o ambos, en el área de influencia del hospital.
- La relación entre los casos localizados y los casos avanzados en el momento del diagnóstico, y el cambio de esta relación año con año.
- La información que requieren los registros de cáncer de población, cuando éstos existan.

- Facilitar el intercambio de información y la organización del estudio en colaboración con registros de cáncer de la población, donde quiera que éstos existan, o con cualquier otro registro de cáncer de hospital a nivel nacional o internacional.
- La información para el banco internacional de datos de cáncer si se estableciera en el futuro. <sup>1/</sup>

---

<sup>1/</sup> WHO, Handbook for Standardized Cancer Registries, Geneva 1976,  
Wld. Hlth. Org., págs. 1-90.

## CAPITULO IV

### MATERIAL Y METODO

**Material:** Se emplearon 244 formas de registro, para el llenado de éstos se obtuvieron los datos directamente de los expedientes clínicos de pacientes que acudían a consulta con el diagnóstico histopatológico de cáncer y en pacientes hospitalizados con el mismo diagnóstico.

El período de la prueba del instrumento abarcó el mes de noviembre de 1981.

**Casos:** Los casos registrados, los cuales fueron 244 del pabellón de Oncología del Hospital General de México, fueron seleccionados al azar, éstos debían contar con el diagnóstico histopatológico de Cáncer.

**Hojas de Egreso Hospitalario:** Se utilizaron las hojas de egresos correspondientes a este período.

**Personal:** Se contó con la ayuda de seis médicos residentes de primer año de la especialización de Oncología, los cuales recolectaban la información diariamente. Un médico Oncólogo para la supervisión del llenado de las formas.

## METODOLOGIA

DISTRIBUCION DE LAS ACTIVIDADES PARA LA CAPTACION DE LOS DATOS DEL REGISTRO DE ENFERMOS CON CANCER.

En el Servicio de Anatomía Patológica.

Una vez obtenidos los resultados de biopsias, los cuales confirmen el diagnóstico de Cáncer, el médico residente buscará el expediente correspondiente, anexará el estudio histopatológico en el expediente y lo dejará en la mesa correspondiente a captación de datos. En caso de que algún resultado corresponda a un paciente hospitalizado, el médico residente encargado del paciente se hará cargo del llenado del registro.

En el área de Hospitalización.

El médico encargado, registrará a todos los pacientes que egresen con confirmación histopatológica del diagnóstico de Cáncer.

En el área de Consulta Externa.

Los médicos asignados a esta área, acudirán a la mesa de captación de datos del Departamento de Estadística del Servicio, para elaborar el registro de todos aquellos pacientes de los cuales la confirmación histopatológica haya sido positiva.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### 1. Interferencias durante la realización de la investigación.

Desde el momento en que se inició el proyecto para el establecimiento del registro y durante la aplicación de éste en la prueba piloto, se lograron apreciar una serie de deficiencias que a continuación mencionamos.

- Falta de comunicación dentro de los diferentes sectores de la Unidad.

Se observó que los jefes de las diferentes secciones relacionadas con el proyecto (archivo, trabajo social, consulta externa, administración), no estaban al tanto del proyecto y durante las etapas de la realización de éste no mostraron gran interés por los avances logrados.

- Falta de conocimiento.

Una vez que se les informó del plan de trabajo surgieron diversas inquietudes de magnitudes variables:

"es una forma de vigilancia", "es mucho trabajo", "es muy difícil modificar la rutina del personal", "es muy difícil educar a la gente", "habrá aumento de sueldo?". Con estos comentarios se aprecia la falta



de conocimiento que existe de los objetivos de un registro, del acervo de información que puede constituir éste y de las demás ventajas ya mencionadas.

- Falta de cooperación del personal. A causa de lo anterior, sin que esto sea justificación, el personal carece de disciplina adecuada para el trabajo en equipo. Por tanto, se observaron retrasos en la captación de los datos, falta de integridad, falta de confiabilidad, falta de supervisión y de coordinación en el trabajo.
- Falta de organización dentro del departamento de archivo de la Unidad.

El sistema empleado para archivar los expedientes se encuentra sin la mínima supervisión, trayendo como consecuencia falta de adecuada ubicación de los expedientes, inadecuada depuración de éstos, duplicidad de expedientes, extravío de expedientes. La deficiencia de espacio para la guarda de expedientes trae como consecuencia el deterioro de éstos.

El control de salida y entrada de expedientes clínicos es muy escaso, ya que cualquier persona tiene acceso a la extracción de éstos sin el mínimo requisito del llenado de un vale por el expediente.

Todo esto es debido a que el personal con que se cuenta carece de conocimientos profundos del tipo de trabajo que deben realizar.

- Deficiencias en el expediente per se. Gracias a la aplicación de la prueba piloto del registro, lograron detectarse algunas omisiones en la recopilación de datos básicos, fallas en el orden de las hojas que debe llevar el expediente para su ágil manejo, deficiente contenido en las notas médicas, entre otras.

No obstante estas deficiencias, captadas durante el período del instrumento, se lograron registrar 244 casos durante el mes de noviembre de 1981 obteniéndose los resultados que a continuación se mencionarán:

Los 244 casos registrados, procedentes del Servicio de Oncología del Hospital General de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, nos permitieron observar que de los pacientes que acuden a demandar el servicio, el 77% son mujeres, que los grupos de edad más frecuentemente atendidos son entre 25 y 64 años, siendo los carcinoma epidermoides el tipo histológico más frecuentemente observado y que en el sexo femenino el Cáncer de Cérvix y en segundo lugar de mama, son los más comunes.

Se podrán observar los resultados obtenidos de este registro en una forma más detallada en las siguientes tablas y gráficas.

TABLA I

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES REGISTRADOS DEL

1o. AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1981

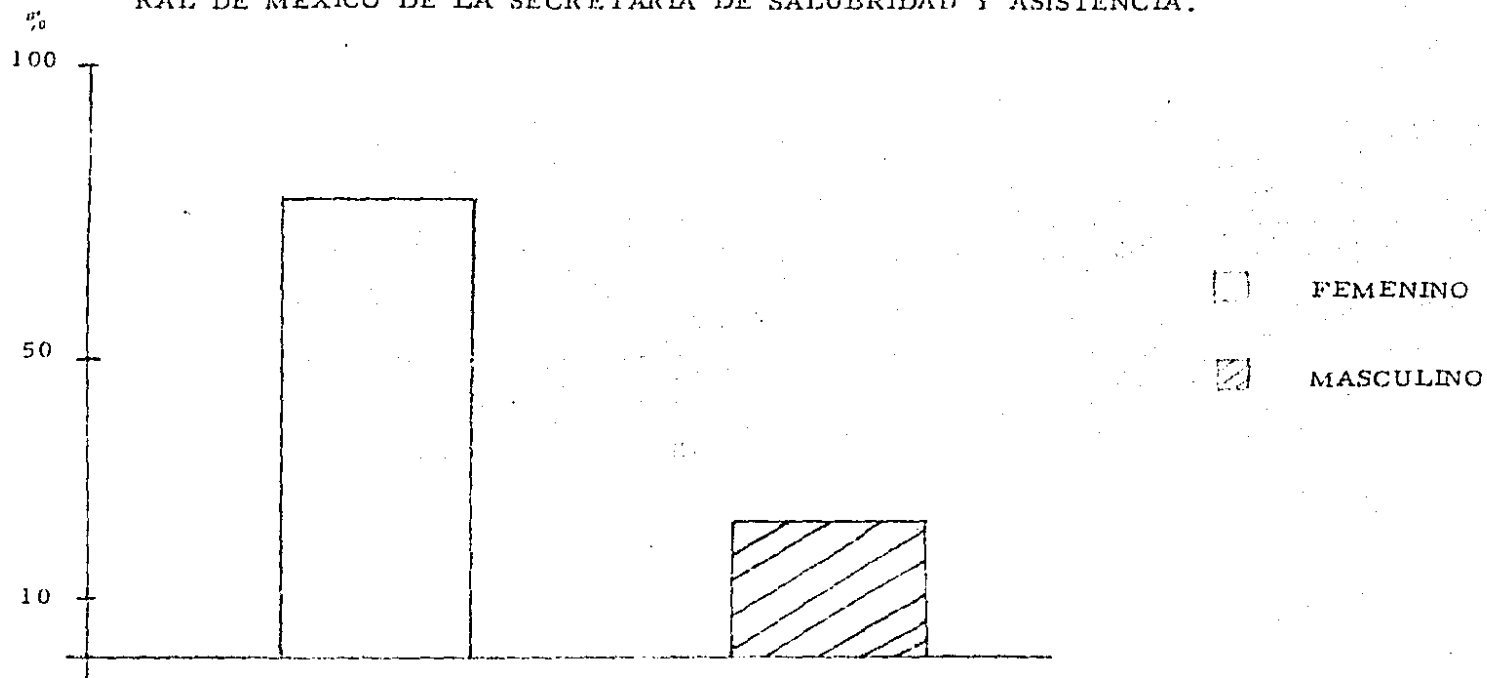
EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

SEXO	No.	%
Femenino	188	77.0
Masculino	56	23.0
TOTAL	244	100.0

FUENTE: Registros de enfermos con Cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

En la Tabla I se observa que de los 244 casos que se registraron, el 77% fueron femeninos y el 23% del sexo masculino.

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES REGISTRADOS DEL 1o. AL 30 DE  
NOVIEMBRE DE 1981, EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENE-  
RAL DE MEXICO DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.



FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología  
del Hospital General de México. SSA.

TABLA II  
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE PACIENTES  
REGISTRADOS

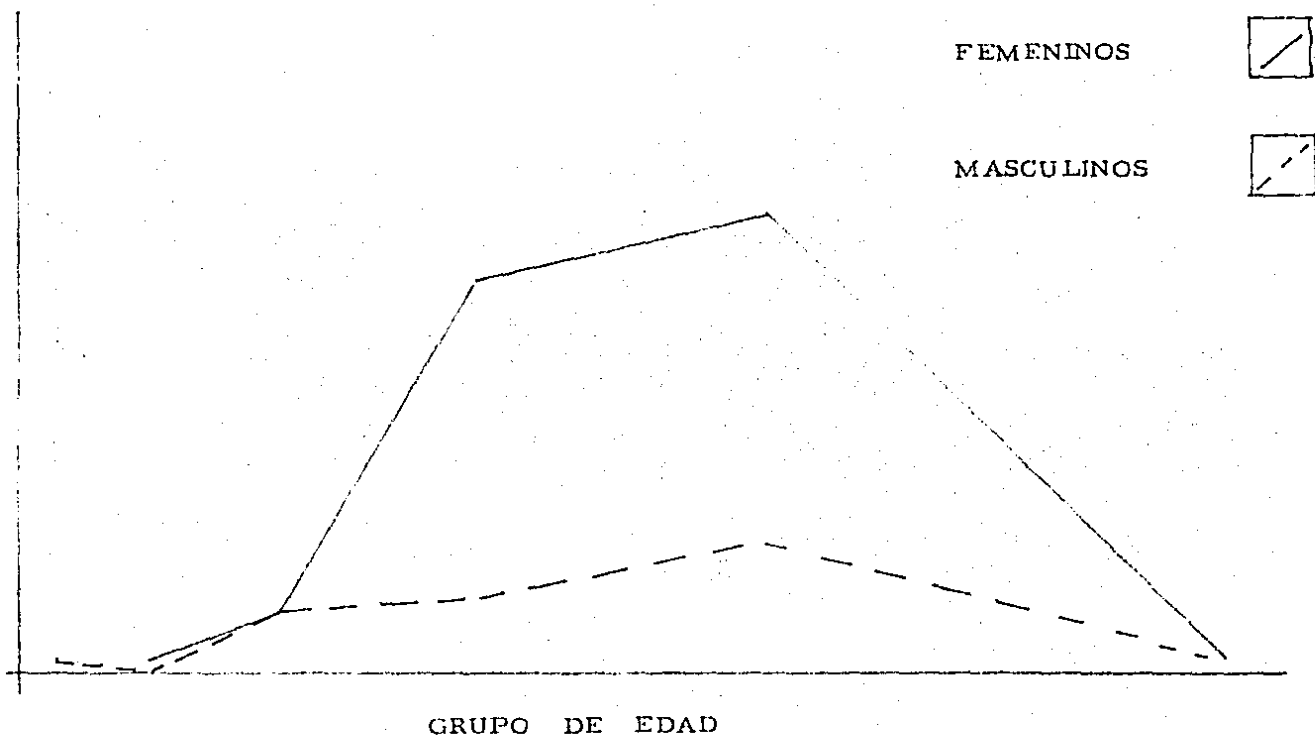
GRUPO DE EDAD	S E X O			
	Femeninos		Masculinos	
	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	0	0	0	0
1 a 4 años	0	0	1	0.4
5 a 14 años	2	0.81	0	0
15 a 24 años	10	4.09	10	4.09
25 a 44 años	65	26.63	12	4.91
45 a 64 años	77	31.55	22	9.01
65 y más	34	13.93	11	4.50
TOTAL	188	77.2	56	22.8

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

En la tabla II se observa que el 32.5% de las pacientes con cáncer registradas pertenecen al grupo de edad de los 45 a 64 años y el 27% se encontró en el grupo de edad de los 25 a 44 años.

Para el sexo masculino el porcentaje más alto, que es del 9% se encuentra en el grupo de los 45 a 64 años, siguiendo en importancia con un 4.9% en el grupo de los 25 a 44 años.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE PACIENTES  
REGISTRADOS



FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología.

TABLA III  
 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TUMORES  
 SEGUN TIPO HISTOLOGICO.

TIPO	No.	%
Carcinomas epi- dermoides	115	47.5
Adenocarcinomas	34	14.0
Anaplásicos	0	0.0
Sarcomas	13	5.4
Otros	80	33.0
TOTAL	242	100.0

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

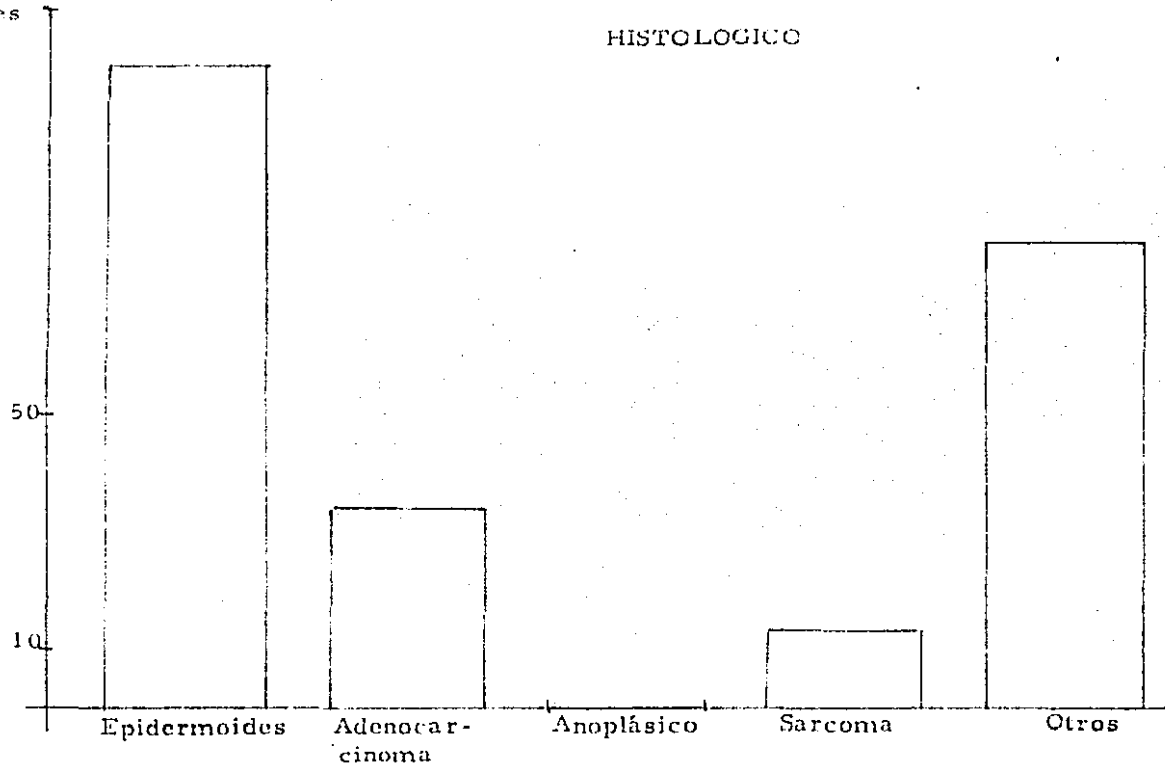
En la Tabla III se observa que según los tipos histológicos registrados los carcinomas epidemoides, presentan un porcentaje del 47.5%, los adenocarcinomas el 14%, los anaplásicos 0%, los sarcomas 5.4% y otros tipos histológicos el 33%.

GRAFICA III

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TUMORES SEGUN TIPO

HISTOLOGICO

No. 20  
Pacientes



FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.



TABLA IV  
DISTRIBUCION POR SEXO SEGUN TIPO HISTOLOGICO

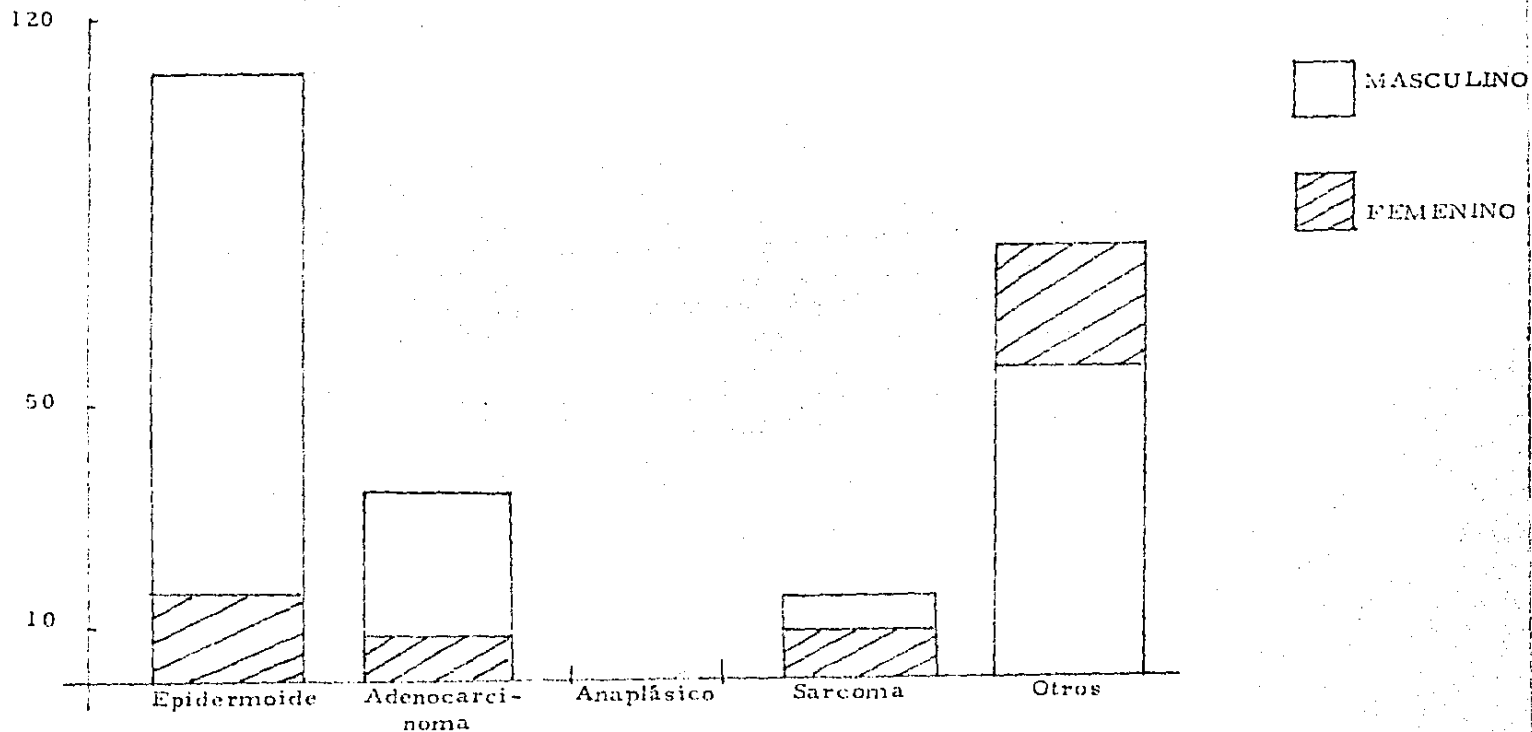
TIPO HISTOLOGICO	S E X O			
	Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%
Carcinomas epidermoides	99	40.9	16	6.6
Adenocarcinomas	26	10.7	8	3.3
Anaplásicos	0	0	0	0.0
Sarcomas	6	2.5	9	3.7
Otros	56	23.1	22	9.0
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>77.2</b>	<b>55</b>	<b>22.6</b>

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

En la Tabla IV se observa que para el sexo femenino los carcinomas de tipo epidermoide se presentan en un 40.9% de los casos, 10.7% los adenocarcinomas y en un 23.1% los otros tipos histológicos.

Para el sexo masculino se observa que el 9% pertenece a los otros tipos histológicos, el 6.6% a los epidermoides y el 3.7% a los sarcomas.

### DISTRIBUCION POR SEXO SEGUN TIPO HISTOLOGICO



FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

TABLA V  
DISTRIBUCION DE CARCINOMAS EPIDEMOIDES SEGUN SU LOCALIZACION ANATOMICA

Localización Anatómica	No.	%
Cérvix	87	75.7
Lengua	4	3.5
Piel	3	2.6
Cuello	2	1.7
Esófago	2	1.7
Frente	2	1.7
Laringe	2	1.7
Nariz	2	1.7
Faringe	1	0.9
Glúteo	1	0.9
Labio	1	0.9
Mano	1	0.9
Maxilar	1	0.9
Oído	1	0.9
Paladar	1	0.9
Parótida	1	0.9
Recto	1	0.9
Sacro	1	0.9
Vagina	1	0.9
TOTAL	115	100.0

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla V. En esta tabla se observa que las 3 localizaciones anatómicas más frecuentes para los carcinomas epidemoides son: cérvix con un porcentaje de 75.7%. Le sigue en frecuencia Lengua con un 3.5% y Piel con un 2.6%.

TABLA VI

DISTRIBUCION DE ADENOCARCINOMAS SEGUN LOCALIZACION  
ANATOMICA

Localización Anatómica	No.	%
Mama	11	32.4
Cérvix	4	11.8
Ovario	1	8.8
Endometrio	2	5.9
Pulmón	2	5.9
Recto	2	5.9
Riñón	2	5.9
Utero	2	5.9
Ano	1	2.9
Cuello	1	2.9
Esófago	1	2.9
Estómago	1	2.9
Píloro	1	2.9
Sigmoides	1	2.9
TOTAL	34	100.0

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla VI. En esta tabla se observa que las 3 localizaciones más frecuentes para los adenocarcinomas son: Mama con un porcentaje del 32.4% Cérvix con un 11.8%; Ovario con el 8.8%.

TABLA VII

## DISTRIBUCION DE SARCOMAS SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA

Localización Anatómica	No.	%
Fémur	4	30.8
Pierna	2	15.4
Ano	1	7.7
Húmero	1	7.7
Muslo	1	7.7
Perineal	1	7.7
Retroperitoneo	1	7.7
Riñón	1	7.7
Testículo	1	7.7
TOTAL	13	100.0

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla VII. En esta tabla se observa que las 3 localizaciones anatómicas más frecuentes para los sarcomas son: Fémur con un porcentaje del 30.8%. Pierna con un porcentaje del 15.4%. Ano con el 7.7%.

TABLA VIII

## DISTRIBUCION DE OTROS TIPOS HISTOLOGICOS SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA

Localización Anatómica	No.	%
Mama	36	45.0
Ovario	9	11.2
Testículo	7	8.7
Tiroides	6	7.5
Párpados	3	3.7
Brazo	2	2.5
Amígdala	1	1.2
Cara	1	1.2
Cuello	1	1.2
Encía	1	1.2
Fémur	1	1.2
Glándula salival	1	1.2
Húmero	1	1.2
Mediastino	1	1.2
Oído	1	1.2
Parótida	1	1.2
Pene	1	1.2
Pie	1	1.2
Piso de boca	1	1.2
Pulmón	1	1.2
Riñón	1	1.2
Utero	1	1.2
Vejiga	1	1.2
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Registros de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

VIII. En esta tabla se observa que las 3 localizaciones anatómicas más frecuentes para los otros tipos histológicos son: Mama el 45%, ovario con un 11.2%, testículo con un 8.7%.

TABLA IX

DISTRIBUCION DE CANCER DE CERVIX POR GRUPOS DE EDAD Y  
ESTADO CIVIL

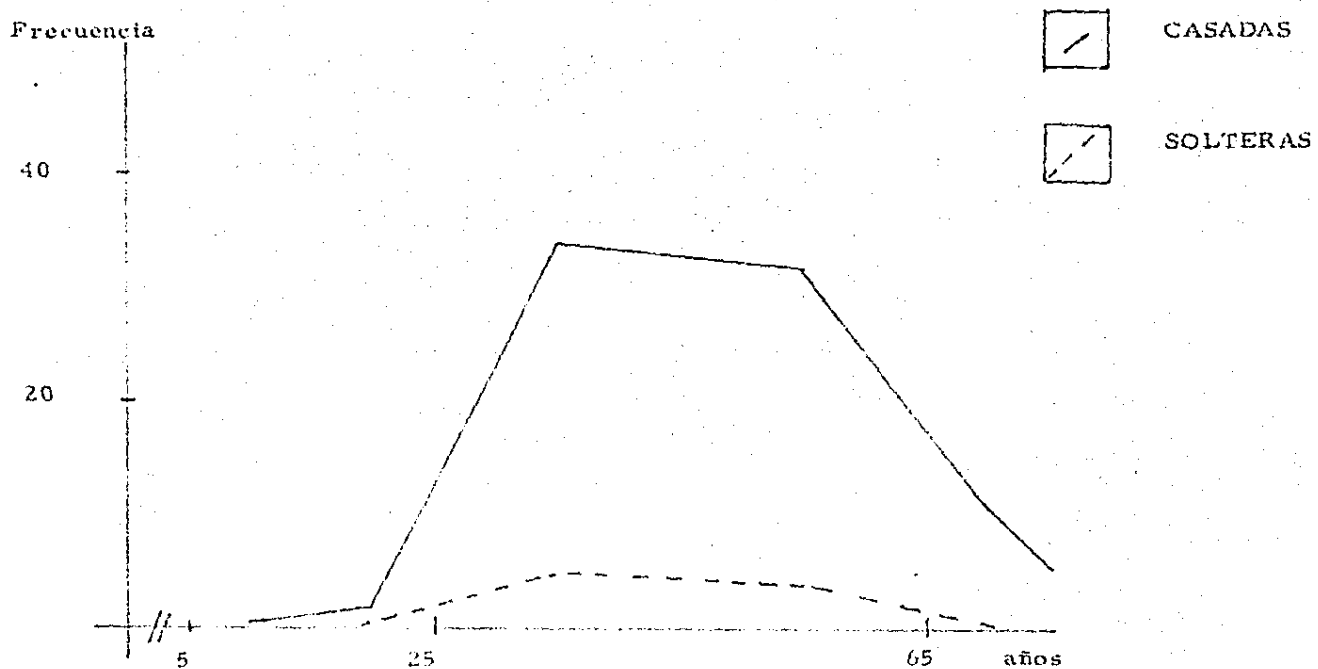
GRUPO DE EDAD	ESTADO CIVIL			
	Solteras		Casadas	
	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	0	0	0	0
1 a 4 años	0	0	0	0
5 a 14 años	0	0	0	0
15 a 24 años	0	0	2	2.3
25 a 44 años	5	5.7	34	38.6
45 a 64 años	4	4.5	32	36.4
65 y más	0	0	11	12.5
TOTAL	9	10.2	79	89.7

FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla IX. En esta tabla se observa que el mayor porcentaje de cáncer de cérvix se encuentra entre las mujeres casadas, correspondiendo al grupo de edad de los 25 a 44 años con un 38.6% y un 36.4% al grupo de 45 a 64 años. Solamente el 4.5% del grupo de 45 a 64 años eran solteras y el 5.7% de las solteras correspondían al grupo de edad entre los 25 y 44 años.

GRAFICA IX

DISTRIBUCION DE CANCER DE CERVIX POR GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL



FUENTE:

Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.



TABLA X

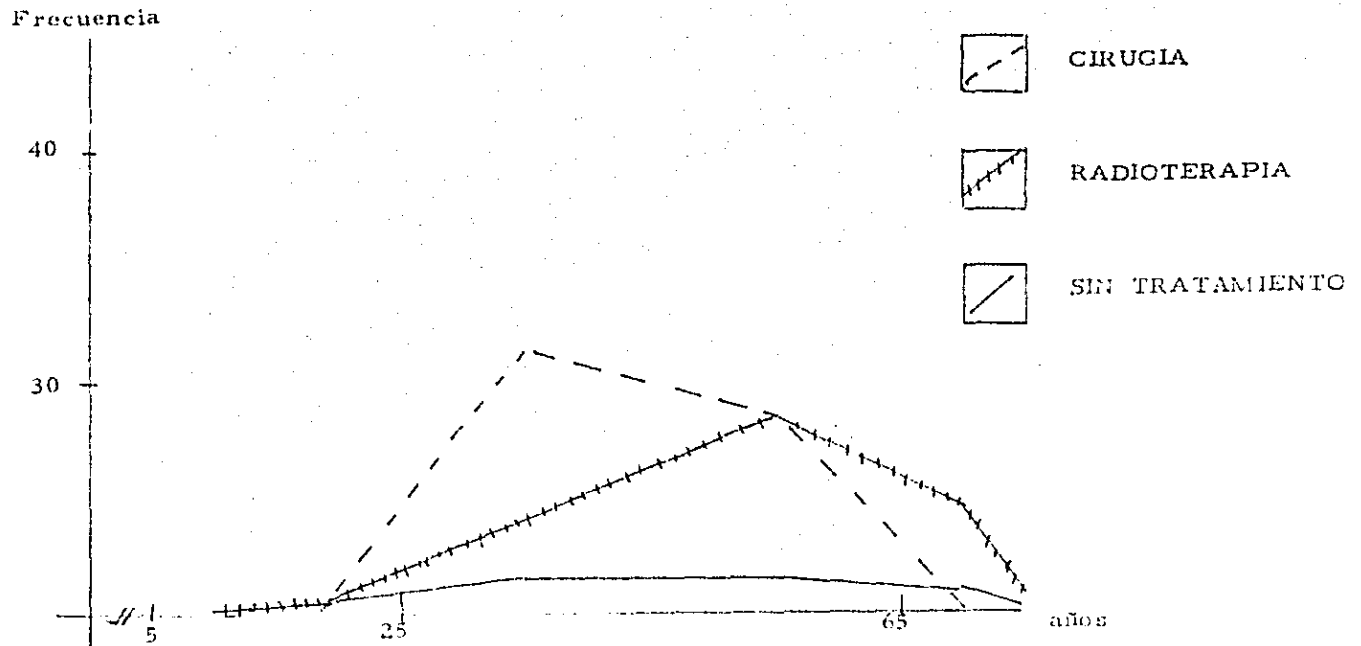
DISTRIBUCION DE CANCER DE CERVIX POR GRUPOS DE EDAD Y  
PRIMER TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO

GRUPO DE EDAD	TRATAMIENTO					
	Con Cirugía		Con Radioterapia		Sin	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 a 14 años	0	0	1	1.2	1	1.2
25 a 44 años	23	27.4	8	9.5	3	3.5
45 a 64 años	17	20.2	17	20.2	3	3.6
65 y más	0	0.0	9	10.7	2	2.4
TOTAL	40	47.6	35	41.5	9	10.8

FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla X. En esta tabla se puede observar que el tratamiento a base de cirugía, se utiliza con mayor frecuencia (con un 27.4%) entre los 25 y 44 años de edad, mientras que la radioterapia se utiliza con una mayor frecuencia (20.2%) entre los 45 y 64 años de edad. También se puede observar que un 10.8% de la población estudiada en este período no presentó tratamiento.

DISTRIBUCION DE CANCER DE CERVIX POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO



FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

TABLA XI

DISTRIBUCION DE CANCER DE CERVIX POR ESTADIO CLINICO AL  
MOMENTO DEL DIAGNOSTICO Y PRIMER TIPO DE TRATAMIENTO  
UTILIZADO

ESTADIO CLINICO	TRATAMIENTO					
	Con		Con		Sin	
	Cirugía		Radioterapia			
	No.	%	No.	%	No.	%
1. ca. in situ	18	21.4	1	1.1	4	4.8
2. estadio I-A	6	7.1	4	4.8	1	1.1
3. estadio I-B	10	11.9	8	9.5	1	1.1
4. estadio II-A	2	2.3	6	7.1	0	0
5. estadio II-B	0	0	8	9.5	3	3.6
6. estadio III-A	0	0	3	3.6	0	0
7. estadio III-B	0	0	2	2.3	0	0
8. estadio IV-A	0	0	0	0	0	0
9. estadio IV-B	0	0	0	0	0	0
10. fuera de clas.	4	4.8	3	3.5	0	0
TOTAL	40	47.6	35	41.6	9	10.8

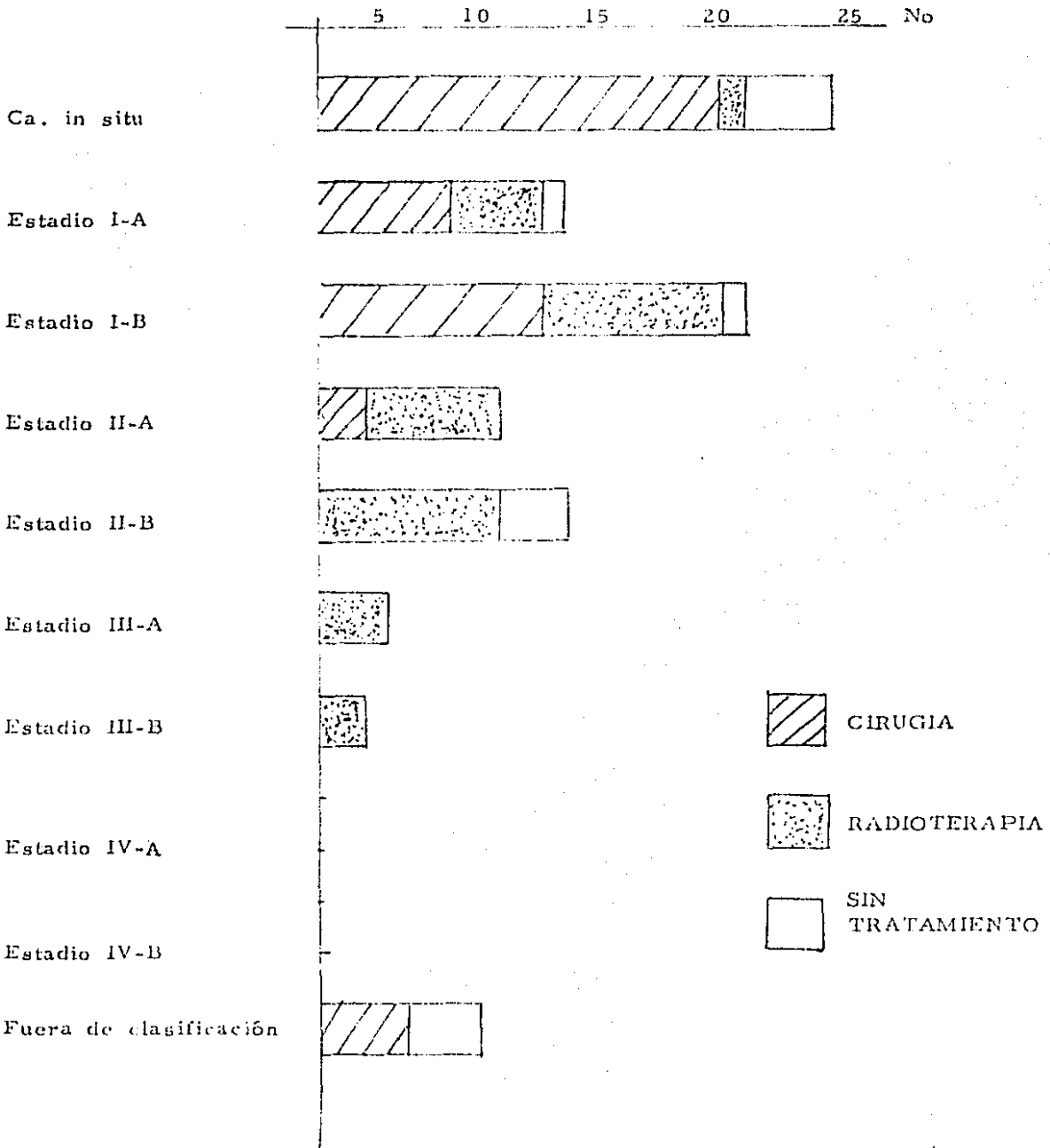
FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla XI. En esta tabla se puede observar que la cirugía es más utilizada en cáncer de cervix in situ (la cual presentó un 21.4% de frecuencia), y que le siguen en frecuencia el Estadio I-B con un porcentaje de 11.9%

y el Estadio I-A con un porcentaje de 7.1%. En cambio la radioterapia es más frecuentemente utilizada en el Estadio I-B (9.5%) y II-B (9.5%) siguiéndole el Estadio II-A con un 7.1%. También se observa que la frecuencia más elevada de no presentar tratamiento se presenta en el Estadio clínico de cáncer in situ con un 4.8%, siguiéndole en importancia el Estadio I-A y I-B con un 1.1% de frecuencia.

DISTRIBUCION DE Ca. Cu. POR ESTADIO CLINICO AL MOMENTO

d.1 OX Y PRIMER TIPO d. TRATAMIENTO UTILIZADO.



FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

TABLA XII

DISTRIBUCION DEL CANCER DEL CERVIX POR GRUPOS DE EDAD  
SEGUN EL ESTADIO CLINICO AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

ESTADIO CLINICO	GRUPOS DE EDAD							
	15 a 24		25 a 44		45 a 64		65 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. Ca. in situ	1	1.1	12	13.6	9	10.2	0	0
2. Estadio I-A	0	0.0	7	7.9	1	1.1	2	2.2
3. Estadio I-B	0	0.0	7	7.9	11	12.5	2	1.1
4. Estadio II-A	0	0.0	0	0.0	6	6.8	2	2.2
5. Estadio II-B	0	0.0	2	2.2	6	6.8	3	3.4
6. Estadio III-A	0	0.0	0	0.0	1	1.1	2	2.2
7. Estadio III-B	0	0.0	2	2.2	0	0.0	0	0.0
8. Estadio IV-A	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9. Estadio IV-B	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10. Fuera de clas.	1	1.1	9	10.2	2	2.2	1	1.2
TOTAL	2	2.2	39	44.0	36	40.8	11	12.3

FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla XII. En esta tabla se observa que el 44% de los casos de cáncer de cervice pertenecen al grupo de los 25 a los 44 años de las cuales el 13.6% fueron diagnosticados en estadio clínico de in situ y 10.2% quedaron fuera de clasificación. Otro 40.8% de los casos pertenecen al grupo de los 45 a los 64 años de los cuales el 12.5% fueron diagnosticados en estadio I-B y el 10.2% en etapa in situ.

TABLA XIII

DISTRIBUCION DE CANCER DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD Y  
ESTADO CIVIL

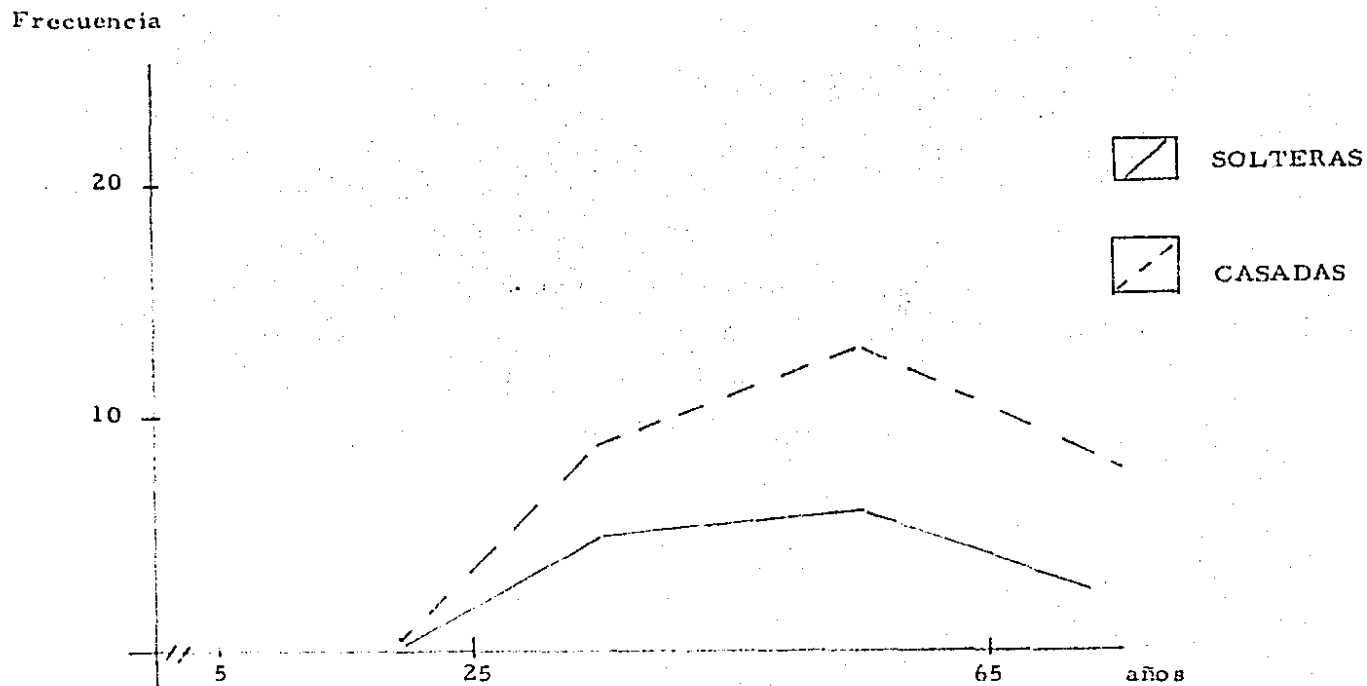
GRUPO DE EDAD	ESTADO CIVIL			
	Solteras		Casadas	
	No.	%	No.	%
0 a 11 meses	0	0	0	0
1 a 4 años	0	0	0	0
5 a 14 años	0	0	0	0
15 a 24 años	0	0	0	0
25 a 44 años	5	11.1	9	20.0
45 a 64 años	6	13.3	13	29.0
65 y más	3	6.6	9	20.0
TOTAL	14	31.0	31	69.0

FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla XIII. En esta tabla se observa que el 69% de las pacientes que presentan cáncer de mama son casadas y de éstas el 29% pertenecen al grupo de los 45 a 64 años, un 20% al grupo de 25 a 44 años y otro 20% al de 65 años y más, 13.3% de las solteras que lo presentaron pertenecen al grupo de 45 a 64 años.



# DISTRIBUCION DE Ca. DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL



FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

TABLA XIV

DISTRIBUCION DE CANCER DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD Y  
PRIMER TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO

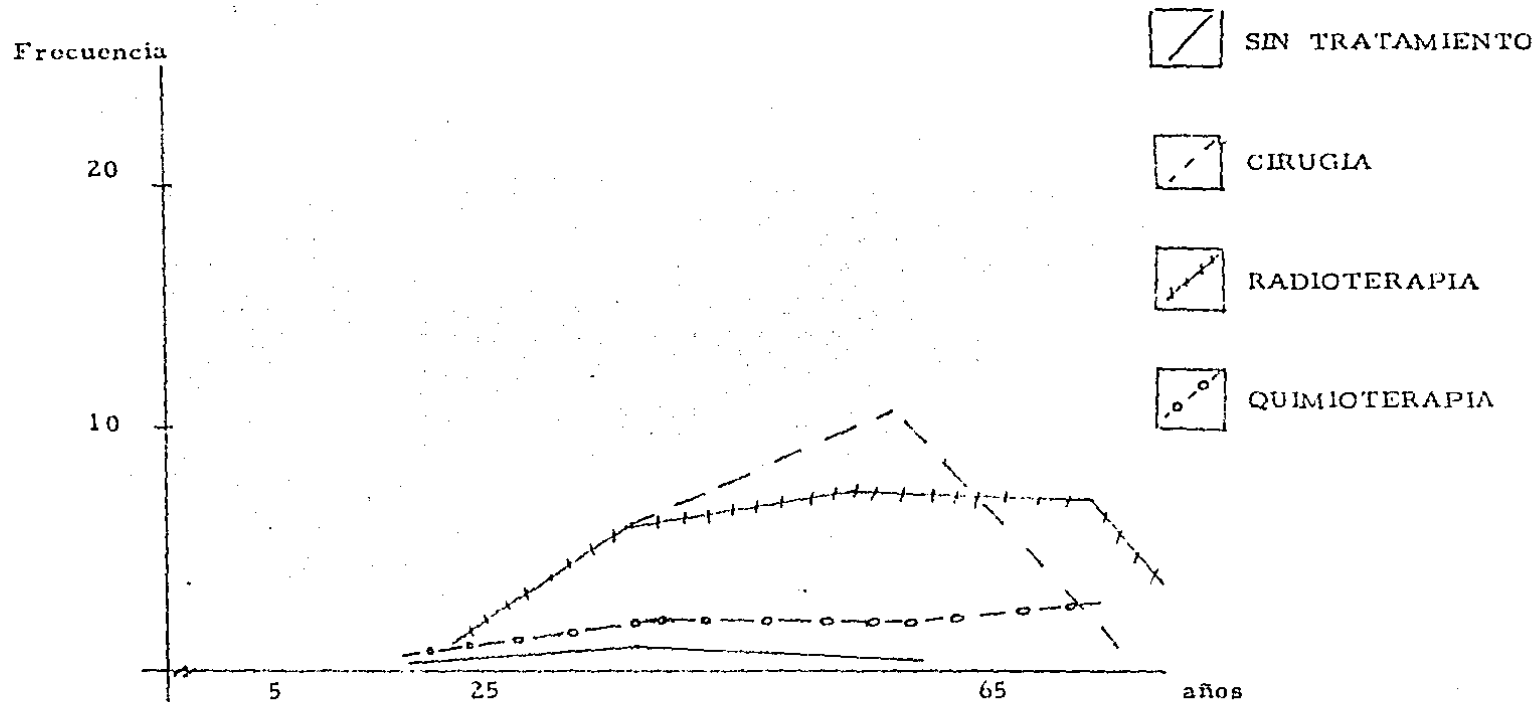
GRUPOS DE EDAD	TRATAMIENTO						Sin	
	Con		Con		Con			
	Cirugía No.	%	Radioterapia No.	%	Quimioter. No.	%	No.	%
25 a 44 años	6	12.8	6	12.8	2	4.3	1	2.1
45 a 64 años	11	23.4	7	14.9	2	4.3	0	0.0
65 y más	2	4.3	7	14.9	3	6.4	0	0.0
<b>TOTAL</b>	19	40.4	20	42.6	7	14.9	1	2.1

FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Tabla XIV. En esta tabla se observa que el tratamiento con cirugía para cáncer de mama se aplicó con una frecuencia del 23.4% en el grupo de 45 a 64 años, la radioterapia en un 14.9% y la quimioterapia en 4.3% de los casos.

GRAFICA XIV

DISTRIBUCION DE Ca. DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD Y PRIMER TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO



FUENTE: Registros de enfermos de cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la SSA.

Aún cuando se tenga la información presentada en cuadros y gráficas, la condensación que ha sufrido la información no basta para expresar en términos numéricos las características esenciales de las series y es entonces cuando las llamadas "Medidas de resumen" manifiestan su utilidad.

Con fines descriptivos o comparativos, dada una distribución de frecuencia de acuerdo con alguna escala de clasificación, lo que usualmente se calcula son ciertas razones que, desde un punto de vista matemático, no son más que el cociente indicado de dos cantidades cualesquiera.<sup>1/</sup>

Pasando al problema específico, diremos que es raro que se pueda considerar que no hay selección en las estadísticas hospitalarias porque los pacientes muchas veces provienen de determinadas regiones y de ciertas clases sociales, pero lo más importante es que en muchas enfermedades solo tienden a llegar al hospital los pacientes graves. No sería exagerado decir que es difícil que exista alguna enfermedad en la cual la población hospitalaria no deba contemplarse con desconfianza si se desea generalizar para todos los pacientes a partir de esa muestra. No se debe intentar ningún argumento así, sin un riguroso examen preliminar de las posibles maneras en que podría haber ocurrido una selección.<sup>2/</sup>

---

1/ Aburto, César. "Elementos de Bioestadística"; Fondo Educativo Panamericano, México 1980; pág. 93.

2/ Bradford Hill, Austin. "Estadística Básica"; El Atenco (Ed.) 4a. edición; pág. 22-23.

De esta manera, los indicadores que resultaron y los que se podrán obtener cotidianamente serán los siguientes:

Tasa de incidencia: Constituye uno de los componentes básicos para conocer el problema de un padecimiento cualquiera en condiciones ordinarias, la tasa de incidencia indica cuántos casos nuevos se producen en un período posterior a un momento determinado, lo que permitirá realizar una estimación para conocer los casos existentes al terminar el período y consecuentemente estimar los recursos necesarios para atacar el problema de acuerdo con los objetivos planeados en el programa correspondiente.<sup>3/</sup>

Esta tasa también se puede utilizar con fines de investigación y docencia.

La fórmula para la obtención de esta tasa es la siguiente:

Número de casos nuevos de una enfermedad específica en la Unidad de Oncología, en un período determinado X K,  
población atendida en la Unidad a mitad de período.

---

<sup>3/</sup> Aburto, César, op. cit., pág. 102.

La tasa de incidencia puede presentar las siguientes variaciones:

Incidencia de tumores según CIE

Incidencia por sexo

Incidencia por grupos de edad.

Tasa de prevalencia de período: Constituye el otro componente básico, junto con la tasa de incidencia, para conocer la magnitud de un padecimiento.

Esta tasa indica cuantos casos existen en un periodo determinado y permite al igual que la tasa de incidencia, realizar estimaciones para conocer los casos existentes al terminar el período y, estimar los recursos necesarios para atacar el problema, asimismo proporciona bases para la investigación y docencia. <sup>4/</sup>

La fórmula para la obtención de esta tasa es la siguiente:

Número de enfermos de un cáncer determinado, existentes<sup>8</sup>.

durante un período en la Unidad \_\_\_\_\_ XK

Estimación a mitad del período de la población

atendida en la Unidad.

4/ Aburto, César. op. cit. pág. 98

Las variaciones que puede presentar esta tasa son las siguientes:

Prevalencia del tumor según CIE

Prevalencia por sexo

Prevalencia por grupo de edad

Tasa de letalidad: Mide el riesgo de morir de un padecimiento determinado que se está enfermo de él. De la misma manera puede interpretarse esta tasa, como una probabilidad: la de que al elegir al azar a alguien enfermo de un determinado padecimiento, fallezca a causa del mismo. Es esta tasa es de utilidad tanto en la investigación y docencia como en la atención médica y la administración de recursos.<sup>5/</sup>

La fórmula para la obtención de esta tasa es la siguiente:

Total de muertes por un tipo específico de cáncer  
en un período determinado acaecidas en la Unidad X K  
 total de enfermos del mismo tipo de cáncer en  
 el mismo período y dentro de la Unidad.

Las variaciones que puede presentar esta tasa son las siguientes:

Tipo de tumor clasificados según CIE

Letalidad según sexo

Letalidad por grupo de edad.

Tasa de mortalidad específica: Mide el riesgo que tienen de morir los pacientes atendidos en la Unidad a causa de un tumor específico. Esta tasa es útil en la investigación y docencia.

La fórmula para la obtención de esta tasa es la siguiente:

Número de defunciones a causa de un tipo de tumor específico en un período determinado dentro de la

Unidad \_\_\_\_\_ X K

Población atendida en la Unidad estimada a la mitad del mismo período.

Las variaciones que puede presentar esta tasa son las siguientes:

Tipos de tumor por CIE ya que es una tasa de mortalidad específica por causa.

Tasa de letalidad hospitalaria: Mide el riesgo de morir que tienen los pacientes al ingresar al área de hospitalización dentro de la Unidad.

Esta tasa es de utilidad para la Administración y el adiestramiento continuo del personal.

La fórmula para la obtención de esta tasa es:



Total de defunciones dentro de la Unidad en pacientes hospitalizados  
un período determinado X K

Número de egresos de la Unidad en el mismo período.

Porcentaje de mortalidad específica: Expresa la proporción que existe de defunciones por un tipo específico de tumor entre el total de las defunciones por los diferentes tumores dentro de la Unidad en un período determinado. Este indicador es de utilidad tanto para la investigación y docencia como para la Programación de recursos y administración de los mismos.

La formulación para la obtención de este indicador es:

Defunciones por un tumor específico X 100

Defunciones debidas a todos los  
tipos de tumores.

Promedio de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de cáncer y la iniciación del tratamiento: La utilidad de este indicador se dirige hacia la administración y programación de recursos.

La fórmula para la obtención de este indicador es:

días transcurridos entre el diagnóstico  
y la iniciación del tratamiento X 100

Total de pacientes

Las variaciones para este promedio pueden ser:

Según los tipos de tumor.

Durante el periodo de prueba del instrumento (durante el mes de noviembre de 1981), se lograron registrar un total de 244 pacientes. Durante este período demandaron servicios en la Unidad un total de 1,469 pacientes, del área de hospitalización hubo 127 egresos, de los cuales 12 fueron defunciones. Dos de las defunciones fueron causados por complicaciones de cáncer del riñón.

Con el fin de poder demostrar, que a partir de los datos obtenidos del registro es posible calcular el numerador de la tasa de incidencia, nos permitimos simular que los casos registrados fueron diagnosticados por la Unidad durante este periodo. Así se obtuvo:

Tasa de incidencia de cáncer:

$$\frac{244 \text{ casos de cáncer}}{734 \text{ pacientes atendidos a mitad del período}} \times 1000 = 332$$

Esto es, de cada 1000 pacientes que acuden a la Unidad, 332 tienen el riesgo de presentar cáncer.

Tasa de mortalidad específica:

$$\frac{2 \text{ defunciones de cáncer de riñón}}{734 \text{ pacientes atendidos a la mitad del período}} \times 1000 = 3$$

Esto es, de cada 1000 pacientes que se atienden en la Unidad, 3 mueren por cáncer de riñón.

Tasa de letalidad hospitalaria:

$$\frac{12 \text{ defunciones ocurridas durante el periodo en la Unidad}}{127 \text{ egresos dentro del mismo periodo}} \times 1000 = 95$$

Esto es, que de cada 1000 pacientes que ingresan a la Unidad 95 fallecen.

Porcentaje de mortalidad específica:

$$\frac{2 \text{ defunciones de CA de riñón}}{12 \text{ defunciones}} \times 100 = 17\%$$

Esto es, que el 17% de las defunciones son debidas a cáncer de riñón.

Prone dio del tiempo transcurrido entre el diagnóstico de cáncer y la iniciación del tratamiento:

$$\frac{11,712 \text{ días}}{244 \text{ casos}} = 48 \text{ días}$$

Esto significa que en promedio transcurren 48 días entre el momento del diagnóstico y el inicio del tratamiento en esta Unidad.

Las tasas descritas anteriormente son obtenidas con facilidad de los datos que se captan del registro, sin que esto quiera decir que sean las únicas, ya que se pueden hacer todas las combinaciones posibles, según los intereses de los investigadores y de los médicos de la Unidad. Es importante aclarar que algunos datos deben ser obtenidos de las otras fuentes previamente mencionadas, como son las hojas de egresos, informes de autopsias, total de pacientes recibidos en la unidad, reportes histopatológicos, etc.

Se vuelve a insistir que estos datos de ninguna manera expresan la realidad de la Unidad, solamente se obtuvieron con el fin de demostrar que a partir de este instrumento, se pueden calcular las tasas mencionadas.

## CAPITULO VI

### RECOMENDACIONES

Podemos recomendar, en base a los resultados anteriores:

- Fomentar el trabajo en equipo para que mejore la calidad de los servicios prestados, mejore la comunicación entre los diferentes sectores de la Unidad, se distribuyan equitativamente las cargas de trabajo y se compartan responsabilidades.
- Fomentar la capacitación continua del personal para que éste se actualice y pueda cooperar para el funcionamiento de nuevos sistemas implantados en la Unidad. Asimismo los diferentes sectores de la Unidad optimizarán su funcionamiento ya que el personal trabaja con mayor eficiencia y eficacia.
- Motivar al personal, a través del reconocimiento individual del trabajo realizado, por medio de estímulos positivos para el logro de los objetivos de la Unidad.

Con el fin de que el sistema de Registro de Enfermos con Cáncer dentro de la Unidad tenga un funcionamiento óptimo, se requiere establecer los diferentes órganos y sus relaciones con el objeto de que se obtenga un máximo de eficiencia.

Por lo tanto, se sugiere que las relaciones entre los diversos sectores que conforman al Sistema de Registro como tal, cuente con un organigrama similar a la que se presenta en la figura 1.

Es aconsejable que la oficina de estadística se ubique físicamente dentro del área correspondiente al Archivo Clínico, ya que es aquí donde se encuentra la fuente directa y principal de donde se va a obtener la mayor parte de la información para el llenado del registro.

Una vez que se haya establecido la organización del Sistema, se explican las etapas que debe de seguir el paciente con el fin de decidir su ingreso en el Registro. (figura 2)

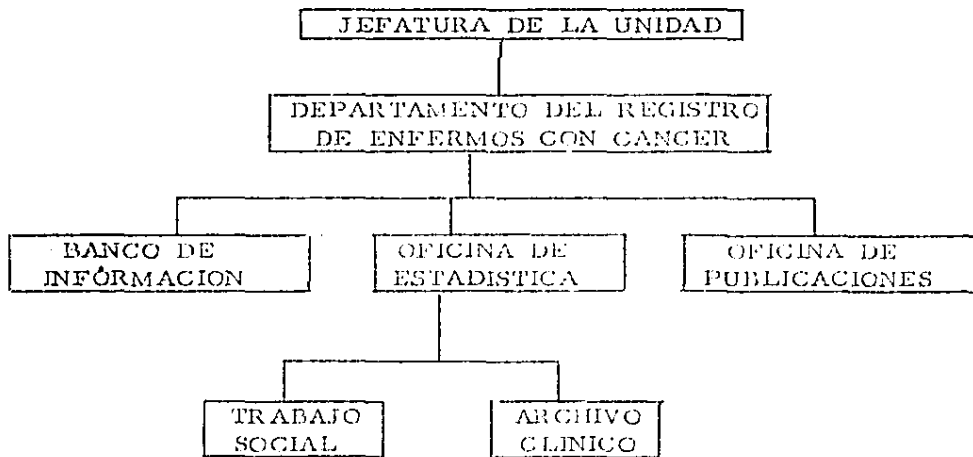
Una vez que el estudio histopatológico confirma el diagnóstico de cáncer, se inicia la etapa de la recolección de datos del paciente para vertirlos al Registro. La secuencia que seguirá el Registro se ilustra en la figura 3.

FIGURA 1

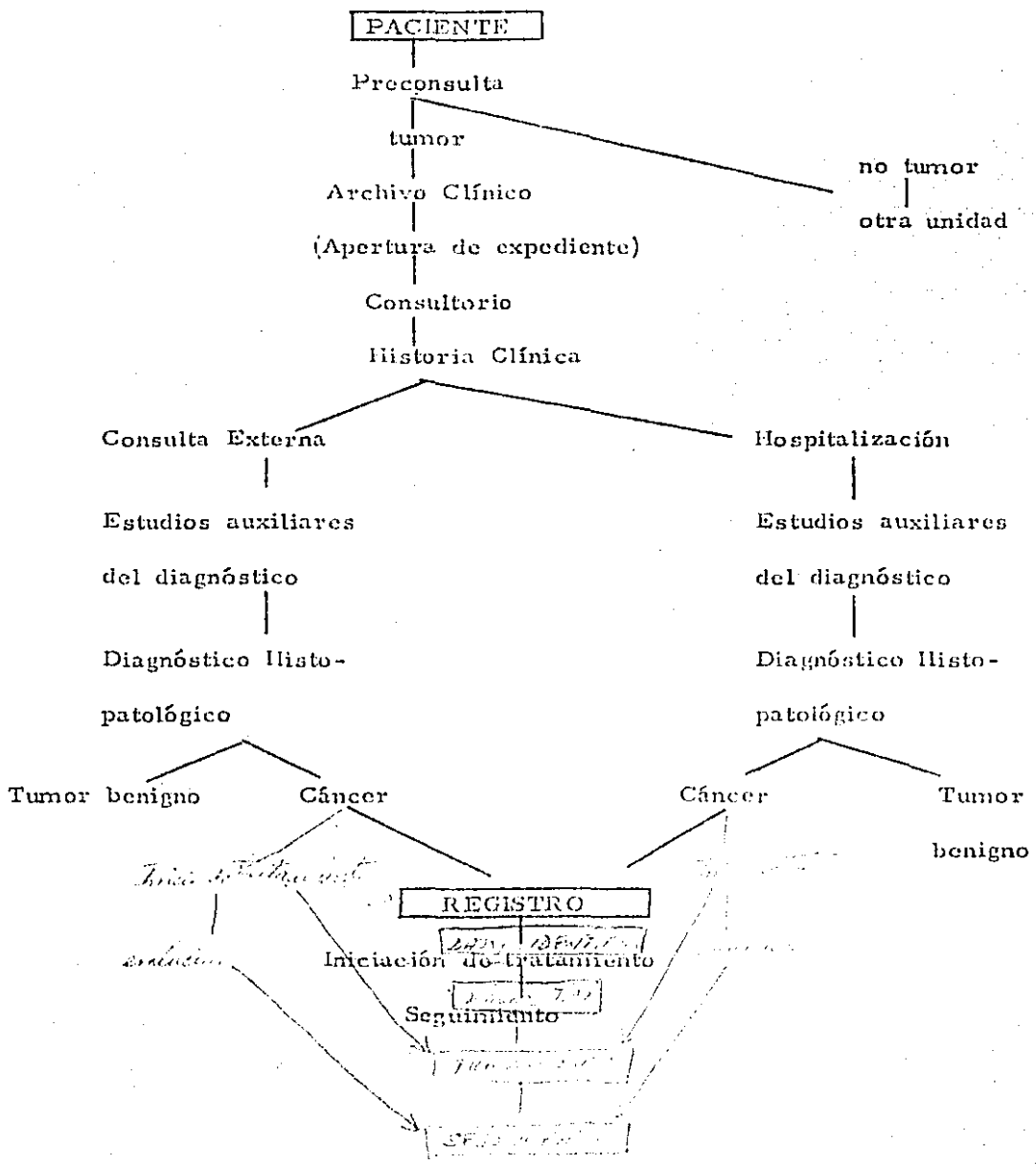
ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DEL REGISTRO DE ENFERMOS CON  
CANCER EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL

DE MEXICO

S S A

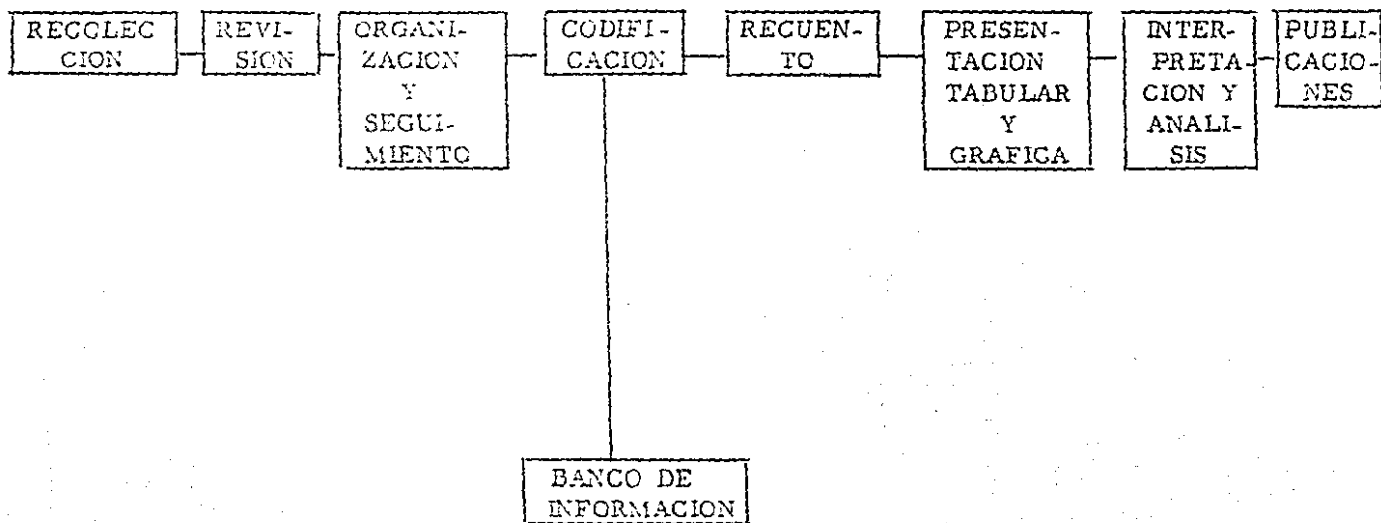


ETAPAS POR LAS QUE CURSA EL PACIENTE CON  
EL FIN DE DECIDIR SU INGRESO AL REGISTRO





ETAPAS POR LAS QUE DEBE PASAR EL REGISTRO DE ENFERMOS CON  
CANCER DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE  
MEXICO SSA



*Proceso de registro de enfermos con cáncer en el Hospital General de México*

En base a los objetivos mencionados previamente, el Registro que se vaya a utilizar debe cumplir las siguientes funciones:

- a. Actividades internas: proveer datos que logren el eficiente cuidado y observación ulterior del paciente a fin de que cada caso pueda ser evaluado y proporcionar así mejor atención a los pacientes, tan to directa como indirectamente, mediante la educación de los médicos y de otro personal.
- b. Actividades externas: que permiten la comparación de datos del registro ya sea dentro del país o internacionalmente.

Los prerequisites básicos para un registro de este tipo son:

1. Un departamento de registros médicos
2. Una historia clínica básica para cada paciente
3. Personal adecuado para manejar el registro
4. Recursos para el adiestramiento de dicho personal
5. Un clínico interesado que, si no está a cargo del registro, estaría disponible para actuar como consultor o asesor.
6. Accesibilidad a la asesoría de un patólogo.

Los rubros que debe contener el registro van a ser agrupados en 4 categorías pertenecientes a: paciente, diagnóstico tratamiento y seguimiento ulterior.

1. Los rubros pertenecientes al paciente son:

1. Nombre completo del paciente; el cual va a ser utilizado como un medio de identificación.
2. Número de expediente; este rubro facilita la referencia a las historias clínicas del hospital para obtener información adicional no incluída en el registro de cáncer.
3. Número de registro; es un rubro de identificación esencial para cada tumor. Es necesario identificar cada tumor en forma independiente de la identificación del paciente, porque el paciente puede tener más de un tumor.
4. Fecha de nacimiento; forma parte de la identificación del paciente.
5. Lugar de nacimiento; el cual tiene los propósitos: 1) puede ser útil para ayudar a la identificación y 2) ayuda a indicar factores étnicos o culturales importantes en los estudios de migraciones.
6. Dirección; es parte de la identificación del paciente.
7. Número de teléfono; es de utilidad para establecer la identificación, y también para facilitar el contacto.
8. Nombre, dirección y teléfono del pariente más cercano; los cuales facilitan el seguimiento ulterior.

9. Sexo; este rubro siempre debe ser codificado para la realización posterior de investigaciones.
10. Estado civil; este rubro ayuda a la identificación y es pertinente para ciertas localizaciones de cáncer sobre todo las del sistema reproductivo.
11. Edad en el momento de la primera consulta oncológica; este rubro debe ser codificado y registrado además de la fecha de nacimiento, ya que esta última es difícil de obtener y puede usarse como una forma de corroborarla (prueba de consistencia).
12. Fecha del primer diagnóstico histopatológico de cáncer; es utilizada como una medida del tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico de cáncer por el médico y el tratamiento definitivo de la enfermedad.
13. Fecha de la primera consulta o ingreso hospitalario; este rubro ha sido seleccionado como fecha de aniversario para fines de observación ulterior y fecha de ocurrencia para medir la incidencia. Para el último propósito sólo puede usarse si el hospital en cuestión es el primero que ha sido consultado.

- II. Los rubros pertenecientes a la sección de diagnóstico son:
1. Diagnóstico y tratamiento previo en otra parte; se refiere sólo al tratamiento previo en relación con el tumor específico que se está registrando.
  2. Bases para el diagnóstico en esta institución; este rubro de información se usará para evaluar la calidad del diagnóstico antes del tratamiento y también para registrar exámenes recién introducidos a fin de evaluarlos en estadios posteriores de la enfermedad. Este rubro de información no debe ser actualizado después de iniciado el tratamiento.
  3. Localización primaria (topografía); debe ser tomada de la CIE para permitir la comparabilidad internacional.
  4. Tipo histológico; se seleccionaron los 4 más frecuentes y se reservó un inciso para los de otro tipo.
  5. Primario múltiple; este rubro se anotará si el paciente tiene más de un tumor distinto histológicamente. Cuando se desarrolla otro primario siempre debe modificarse la tarjeta inicial y completarse una nueva tarjeta de registro para cada nuevo tumor primario adicional.

6. Extensión clínica de la enfermedad antes del tratamiento; este rubro refleja la opinión del médico a cargo del caso, debe ser registrado para todos los pacientes, hayan o no tratados previamente en alguna otra parte.
  7. Sistema TNM; es un sistema importante para registrar la extensión clínica de la enfermedad en forma estándar. No se puede registrar este rubro a menos que el registro de TNM se haya hecho en la historia clínica, en el momento del examen clínico.
  8. Cáncer de cérvix; este rubro corresponde a la clasificación clínica dada por la FIGO.
- III. Los rubros pertenecientes a la sección de tratamiento son:
1. Tratamiento: en la institución informante; este rubro describirá el plan definitivo del tratamiento. Debe de limitarse a la descripción del tratamiento que se proporcionó en la institución informante.
  2. Descripción subsiguiente de la extensión de la enfermedad en base a la cirugía.
  3. Clasificación clínico-quirúrgico. Aplicable únicamente a los pacientes que han sido sometidos a cirugía.

4. Médico tratante; este rubro se incluye para poder evaluar los resultados del tratamiento otorgado por cada médico.
5. Supervivencia en meses. Se mide a partir de la fecha de aniversario hasta el momento en que se está llenando el registro.
6. Nombre del médico que elaboró el registro. Necesario para aclaraciones en caso de que se encuentren incongruencias en los casos registrados.
7. Fecha de elaboración del registro.

IV. Datos de observación ulterior:

Constituidos por:

1. Sin evidencia de enfermedad tumoral
2. Con recurrencia o residual local
3. Localmente, con invasión a otras estructuras
4. Con metástasis: a) linfáticas; 1. regionales  
2. distantes  
b) Hemáticas
5. Con nuevo tumor primario
6. Sin observación ulterior
7. Muerto

Se registrará en cada consulta posterior al diagnóstico, y en fecha del aniversario, se hará la referencia necesaria.

El registro concluye con datos de la defunción del paciente:

1. Fecha de defunción
2. Causa de la defunción según CIE
3. Resultado de la autopsia. Este rubro permitirá corroborar el diagnóstico de cáncer, en caso de que éste haya sido erróneo, éste deberá ser excluido de las cifras para calcular la incidencia.<sup>1/</sup>

En base a lo anterior el diseño inicialmente probado sufrió ciertas modificaciones de distribución de los datos, agrupamiento de los mismos e inclusión de otros resultando así una forma definitiva (anexos 1<sup>A</sup>, 2 y 3).

Se requiere de un modelo de tarjeta para fichero de pacientes registrados la cual contiene los datos de identificación del paciente, con datos esenciales del diagnóstico, tratamiento y causa y fecha de defunción. Con estos datos se podrá realizar la localización del paciente, para su seguimiento ulterior con una mayor facilidad. (Anexo 4)<sup>2/</sup>

También se diseñó una tarjeta de control de observación ulterior para llevar un doble control del caso. (Anexo 5)<sup>3/</sup>

---

1/ WHO Handbook for Standardized Cancer Registries. OMS. Geneva 1976, No. 25; pág. 1-89.

2/ OPS (1972); Principios estadísticos aplicables a los Estadios prácticos de Salud Pública. Ginebra 1972; págs. 85-103.

3/ OPS (1972) op. cit.



## DELIMITACION DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA.

Para el buen funcionamiento del registro es indispensable que se definan los procedimientos del sistema. Cada uno de estos procedimientos corresponde a etapas subsecuentes.

Para que estos procedimientos funcionen de manera eficiente, es importante delimitar el personal responsable en cada etapa y, sus actividades consecuentes a realizar, tanto el volumen de éstas, como la periodicidad con que deben ser efectuadas.

La eficiencia del registro depende a su vez de los cuatro factores siguientes:

1. Grado de cooperación de las fuentes de información (médicos, patólogos, etc.).
2. La dedicación, liderazgo y conocimiento del director del registro.
3. La disponibilidad de un mínimo de recursos humanos y materiales.
4. El adiestramiento, motivación y supervisión del personal subalterno.

Todos estos factores son igualmente importantes y la ausencia de uno de ellos reducirá considerablemente la eficacia del sistema.<sup>4/</sup>

---

<sup>4/</sup> OPS (1972). op. cit. págs. 50-83.

Tomando ésto en consideración, los procedimientos se dividen en las siguientes etapas:

A. Etapa de recolección.

1. Fuente:

- a. Expediente clínico del servicio de oncología del Hospital General de México de la SSA.
- b. Archivo con informes de autopsia
- c. Archivo de informes anatomopatológicos incluyendo los reportes citológicos.
- d. Hoja de egreso
- e. Archivo con informes de rayos X.

2. Responsable:

Los responsables de la captación de los datos y el registro de éstos estará a cargo de los médicos residentes de la Unidad.

3. Periodicidad:

La captación y registro de esta información deberá hacerse diariamente.

## 4. Procedimiento

Los médicos residentes encargados deberán vaciar la información íntegra al registro, tomándose los datos de las fuentes necesarias.<sup>5/</sup>

## B. Etapa de revisión:

## 1. Responsable

Médico oncólogo encargado de este sistema

## 2. Periodicidad

Deberá efectuarse diariamente

## 3. Procedimiento

Se verificará que cada rubro esté íntegramente resuelto, que NO existan incongruencias entre los datos registrados (en caso de encontrar esta situación, el documento se remitirá al médico que lo elaboró para la realización de las correcciones pertinentes).

Una vez que los registros se encuentren íntegros y congruentes pasarán a la etapa siguiente.<sup>6/</sup>

---

<sup>5/</sup> OPS (1972). op. cit.

<sup>6/</sup> OPS (1972). op. cit.

C. Etapa de organización y seguimiento.

1. Fuente

Registros de enfermos con cáncer

2. Responsable

Una trabajadora social

3. Periodicidad

Diariamente

4. Procedimiento

- a. Elaborará las tarjetas correspondientes para cada registro y así formar un tarjetero índice que se llevará a cabo en orden alfabético estricto, por nombre del paciente, con los datos básicos de identificación de cada individuo, así como los de diagnóstico (anexos 4 y 5).
- b. Registrará en una libreta de citas en las fechas correspondientes los pacientes que deberán ser recordados de su cita subsecuente.
- c. Envío de los registros a codificación.<sup>7/</sup>

---

<sup>7/</sup> OPS (1972). op. cit.

D. Etapa de codificación.

1. Fuente

Registro de enfermos con cáncer

2. Responsable

Técnico estadígrafo

3. Periodicidad

Diariamente

4. Procedimiento

- a. Transformará de cada rubro codificable del registro a la clave correspondiente previamente establecida.
- b. Vertirá al sistema de tarjetas simples (anexo 6), los datos requeridos para la elaboración de los indicadores que serán utilizados cotidianamente.
- c. El responsable archivará las tarjetas en archiveros con divisiones mensuales y por tipo de tumor.
- d. La lista de todos los datos codificados del registro, será enviada con una periodicidad quincenal o mensual a un sistema de cómputo para su posterior perforación y almacenamiento en el sistema que haya seleccionado

y, a la vez pasando a formar parte del banco de datos.<sup>8/</sup>

E. Etapa de recuento

1. Fuente

- a. Tarjetas simples acumuladas durante el período.
- b. Hojas de egresos.

2. Responsable

Estadígrafo

3. Periodicidad

Mensualmente

4. Procedimiento

- a. El responsable utilizará las tarjetas simples para el recuento de cada uno de los datos necesarios para la elaboración de los indicadores.
- b. Realizará las operaciones matemáticas necesarias para el cálculo de las tasas y promedios correspondientes.<sup>9/</sup>

F. Etapa de presentación tabular y gráfica.

---

<sup>8/</sup> OPS (1972). op. cit.

<sup>9/</sup> OPS (1972). op. cit.

1. Fuente
    - a. Tarjetas simples
    - b. Hojas de egreso
  2. Responsable  
Estadigrafo
  3. Periodicidad  
Mensualmente
  4. Procedimiento
    - a. Elaborará tablas de distribución de frecuencia o de doble entrada según se requiera.
    - b. Elaborará los gráficos correspondientes a cada tabla.
    - c. Archivará el material elaborado.<sup>10/</sup>
- G. Etapa de interpretación y análisis.
1. Fuente  
Tablas y gráficos
  2. Responsable  
Médico oncólogo encargado del sistema

---

<sup>10/</sup> OPS (1972). op. cit.

### 3. Periodicidad

Mensual

### 4. Procedimiento

- a. El responsable analizará e interpretará los datos con el fin de elaborar un informe mensual de hallazgos.
- b. Los informes serán enviados al jefe del servicio, con el fin de que él conozca los resultados de las actividades llevadas a cabo en el período y, permita llevar a cabo las modificaciones que sean necesarias para el óptimo funcionamiento de la unidad.<sup>11/</sup>

#### Actividades extraordinarias.

- a. Con la información acumulada anualmente se elaborarán los indicadores del período, que permitan al equipo (estadígrafo, jefe del departamento y jefe del servicio), verificar el logro de los objetivos programados, de las metas fijadas y modificar las actividades necesarias con el fin de planear los programas de acuerdo al presupuesto.
- b. Asimismo, permitirá elaborar las publicaciones que se juzguen

---

<sup>10/</sup> OPS (1972) op. cit.



pertinentes para dar a conocer a la población médica los avances que se han logrado en el conocimiento de esta enfermedad y, a la vez, proporcionarle a la población en general la información necesaria que permita la educación para la salud en la lucha contra el cáncer.

**NOTA:** La cuantificación de los recursos humanos, materiales y financieros para la aplicación del registro en la institución para la cual se diseñó se especifican en el anexo 7.

## RESUMEN

Se diseña un registro de enfermos con cáncer para la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el propósito de que éste proporcione los datos necesarios para la evaluación del manejo de los pacientes que acuden a esta Unidad. Si el diagnóstico es oportuno y confiable; si el tratamiento que reciben los pacientes es el adecuado para el tipo de tumor, así como poder evaluar la sobrevida de los pacientes según diagnóstico y tratamiento.

Propone evaluár a los distintos médicos de la Unidad, por medio de el diagnóstico y tratamiento que ofrecen a los pacientes. Permitirá realizar las actividades encaminadas al seguimiento de los pacientes así como programar con una mayor eficiencia y eficacia los recursos existentes.

Mejorar la calidad del servicio. A partir de toda la información que se recaba por medio de este sistema. Comenzar la formación de un Banco de Datos para la Investigación y Docencia.

Y, que al estudiar los resultados, éstos puedan ser comparables internacionalmente. Así también se previó la captación de datos que permitieran el cálculo de algunos indicadores de tipo epidemiológico tales como tasa de incidencia, de prevalencia, de mortalidad, etc.

Se probó el instrumento durante el mes de noviembre de 1981, con el fin de evaluar si éste nos proporcionaría los insumos necesarios para el cálculo de los indicadores diseñados durante la etapa de planeación.

Se obtuvieron todos los insumos previstos y se modificó el diseño en cuanto a la distribución de los datos, para que éste resultara más cómodo y manejable.

Se propuso una organización adecuada a los objetivos del sistema. Así como los procedimientos a seguir, los recursos humanos, materiales y financieros con los que se debía de contar.

El establecimiento del registro de enfermos con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se inició el 4 de enero de 1982.

## SUMMARY

A record is designed, specifically for patients with Cancer attended at the Oncology Ward of the General Hospital of Mexico of the SSA. The object of this design is for it to gather sufficient information, which will eventually evaluate the management of the patients in this ward, if the diagnosis is opportune and trusting, if the treatment that the patients receive is the adequate for the kind of tumor that was diagnosed, and finally, evaluate the life-span of the patients depending on the diagnosis and treatment.

It's purpose also serves to evaluate the work of the different doctors in the ward, through the diagnosis and treatment that they offer their patients. It will also help to perform the activities that are necessary for the follow up of the patients, and be able to program more efficiently and effectively the human resources, and thus bettering the quality of the ward.

From the information that is captured through the system, a data bank for Investigation and teaching can be started.

Once the results are analyzed, they will be comparable to the results that are available internationally.

The information obtained, will allow to calculate the incidence and the prevalence of the death rate, etc.

The record was tested during the month of november of 1981 to see if it had sufficient information to attain the objectives for which it was designed, and the only changes required, were the order of the questions, for it to become easier to manage.

A proposal for an adequate organization was made, the steps to be followed for this organization, the human, financial and material resources that were necessary for its good function.

The fourth of January 1982, the record for the patients with Cancer in the oncology ward of the General Hospital of Mexico SSA was initiated.

## RESUME

On a créé un registre des malades atteints d'un cancer pour le service d'oncologie de l'Hôpital Général de Mexico, qui dépend du Ministère de la Santé. Ce registre doit permettre à l'hôpital de fournir les données nécessaires pour l'évaluation des traitements des malades de ce service. Il permet de savoir si le diagnostic est opportun et fiable, si le traitement a été bien choisi en fonction du type de tumeur (donc d'évaluer les compétences des médecins du service) et d'estimer la survie des patients selon le diagnostic et le traitement.

Il permettra de mieux suivre les patients, de programmer plus efficacement les moyens existants et d'améliorer la qualité du service.

A partir de toute l'information obtenue grâce à ce système, on pourra commencer à former une banque de données pour la recherche et l'enseignement et comparer les résultats obtenus au niveau international. On a aussi prévu la prise de données qui faciliteront le calcul de certains indicateurs épidémiologiques comme le taux d'incidence, de prévalence, de mortalité etc.

On a essayé ce registre durant le mois de novembre 1981 pour contrôler s'il fournit les données nécessaires pour le calcul des indicateurs fixés durant l'étape de planification. On a obtenu toutes les données prévues mais on a modifié le projet au niveau de leur distribution pour qu'il soit plus commode et plus facilement utilisable.

On a émis des propositions quant à une organisation adéquate aux objectifs du système, aux procédés à suivre, au personnel, aux ressources matérielles et financières nécessaires.

Le registre des cancéreux du service d'oncologie de l'Hôpital Général de Mexico a commencé à fonctionner le 4 janvier 1982.

## B I B L I O G R A F I A

- ABURTO, César "Elementos de Bioestadística". Fondo Educativo Panamericano, México 1980.
- BRADFORD HILL, Austin "Estadísticas Básicas". "El Ateneo" (Ed.), 4a. edición.
- DIAZ PERCHES, Rodolfo; Zaragoza Ramón Consideraciones acerca del problema del cáncer en México. Proyecto del Registro Nacional del enfermo con cáncer. Memoria. Jornadas Médicas del Centro Médico Privado, S.A, "Hospital Francés", México 1974.
- OMS (1963) Lucha contra el cáncer. Primer Informe de un Comité de Expertos. Ser. Inf. Tecn. No. 251.
- OMS (1968) Estadísticas de morbilidad. Documento informe de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria. Inf. Tecn. 389.
- OMS (1969) Detección precoz del cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ser. Inf. Tecn. 422.
- OPS (1972) Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de salud pública. Ginebra 1972.
- OPS (1975) Seminario sobre registros de cáncer en América Latina (Cali, Colombia, septiembre de 1969) (E) Publicación Científica No. 215, 1970.



ROOKE, Eileen M.

"The current and future use of registries in Health information systems. World Health Organization. Geneva 1974.

TAPIA CHAVEZ, Raúl

"Tasas y razones de uso habitual en salud pública". Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile, 1972. Mimeo.

WHO

Handbook for Standardized Cancer Registries. OMS. Geneva 1976. No. 25.

## REGISTRO DE ENFERMOS CON CANCER

PACIENTE	Lugar de Diagnóstico (nombre completo del Hospital)	(14) No. Expediente	
		(2) Registro No.	(2)
	(4) Nombre del Paciente (apellido paterno, materno y nombre)	(3) Reg. Fed. Caus.	(3)
	(5) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Sin especificar	(6) Fecha Nacim. día mes año	(5)
	(7) Lugar de nacimiento	(8) Dirección actual	
	(9) Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre	(10) No. de Teléfono	
	(11) Edad en la primera consulta oncológica	Años	(11)
	(12) Fecha del Primer Dx. Patológico de Ca.	día mes año	(12)
	(13) Fecha de la primera consulta o ingreso Hospitalario en que se diagnosticó el tumor	mes año	(13)
	Nombre del pariente más cercano	Dirección:	
		Teléfono:	

## (15) Diagnóstico y tratamiento Previo

 1- no 3- dx. en otra instit.  
sin tratamiento 2- dx. por médico  
solamente

(15)

 4- dx. en otra instit.  
con tratamiento

## (16) Bases para el diagnóstico en esta Institución

 clínico endoscopia Histología tumor  
metastásico laboratorio cirugía Histología tumor  
primario isótopos o  
Rayos X exploratoria  
citología y/o  
hematología Otro  
Especificar:

(16)

(18) Localización primaria (Topografía)  
especificar:

(18)

## (19) Tipo Histológico

 1- carcinoma epidermoide 4- sarcoma

(19)

 2- adenocarcinoma 5- otros (especificar) 3- anaplásico

## (20) Primarios Múltiples

(20)

 1- no 2- si 3- dudoso 4- sin espe-  
cificar(21) Etapa Clínica de la enfermedad en el momento  
del Diagnóstico según TNM

(20)

 1- T0 7- N0 11- M0 2- T1S 8- N1 12- M1 3- T1 9- N2 4- T2 10- N3 13- fuera de clasifi-  
cación (especificar) 5- T3 6- T4

DIAGNOSTICO

## Cáncer de Cérvix

- |                     |                                |                             |      |
|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|------|
| ( ) 1- Ca in situ   | ( ) 6- estadio III-A           | ( ) 11- otros (especificar) | (21) |
| ( ) 2- estadio IA   | ( ) 7- estadio III-B           |                             |      |
| ( ) 3- estadio IB   | ( ) 8- estadio IV-A            |                             |      |
| ( ) 4- estadio II-A | ( ) 9- estadio IV-             |                             |      |
| ( ) 5- estadio II-B | ( ) 10- fuera de clasificación |                             |      |

## (22) Tratamiento

- |             |                        |                     |                       |      |
|-------------|------------------------|---------------------|-----------------------|------|
| TRATAMIENTO | ( ) 0- sin tratamiento | ( ) 2- radioterapia | ( ) 4- quimioterapia  |      |
|             | ( ) 1- cirugía         | .....externa        | esquema †             |      |
|             | ...limitada            | .....intracavitaria | .....fecha inicio     |      |
|             | ...radical             | .....intersticial   | .....fecha término    |      |
|             | ...inoperable          | .....cobalto        | ( ) 8- otra terapia † |      |
|             | ...supresiva           | .....rayos X        |                       |      |
|             | ...rechazada           | .....isótopos       |                       |      |
|             | .....fecha             | .....radio          |                       |      |
|             | mes    año             | .....rechazado      |                       | (22) |
|             |                        | .....otro †         |                       |      |
- .....fecha inicio  
.....fecha término  
no

## (23) Descripción subsecuente de la extensión de la enfermedad en base a la Cirugía o Autopsia.

- |  |  |      |
|--|--|------|
| ( ) 1- in situ                             | ( ) 5- extensión directa con compromiso regional de linfáticos | (23) |
| ( ) 2- localizada                          | ( ) 6- metástasis remota                                       |      |
| ( ) 3- extensión directa                   | ( ) 9- desconocida   |      |
| ( ) 4- linfáticos regionales comprometidos |  |      |

Clasificación Clínica-quirúrgica (A, B, o C)

I..... II..... III.....IV.....

## (25) Fecha de Defunción

día    mes    año

(25)

Autopsia:                    ( ) si                    ( ) no

(26) Causa de defunción:

I\_\_ Causa Directa (A).....

(26)

debida a (B).....

debida a (C).....

II\_\_ Otros estados patológicos.....

Certificado expedido por (nombre)

Médico.....

No Médico.....

(28) Supervivencia en meses:

(28)

Nombre del médico que elaboró el registro

Fecha

Revisado por:

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL REGISTRO DE ENFERMOS CON CANCER

Para que el registro sea llenado adecuada e integralmente, se recomienda que se lean previamente las siguientes instrucciones:

- Los datos se deben obtener del expediente clínico
- Deberá ser llenado en forma íntegra, sin omitir ningún dato
- Deberá ser llenado a máquina
- No invadir el margen derecho, el cual corresponde al área de codificación
- Para que el llenado de los registros sea uniforme y comparable, los rubros que lo integran deberán ser resueltos de la siguiente manera:
  - . Número de expediente: corresponde al número del expediente clínico que se le ha asignado al paciente por el Departamento de Archivo.
  - . Número de registro: este será previamente asignado y en forma progresiva.
  - . Nombre del paciente: iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s), en caso de tratarse de una paciente casada se anotarán los apellidos de soltera.

- . Dirección actual: se anotará la calle, el número, la colonia, Código Postal y Estado.
- . Fecha de nacimiento: anotar día, mes y año, en este orden y con números arábigos. En caso de no conocer día y/o mes anotar el año.
- . Lugar de nacimiento: anotar la entidad federativa
- . Número de teléfono: se inscribirá sólo en caso de que corresponda a domicilio particular del paciente; si no está registrado en el expediente, al finalizar el llenado del registro se inscribirá con lápiz que no está registrado y en el expediente elaborará una nota para que al acudir a nueva consulta el paciente, se le solicite. En caso de que no cuente con teléfono, se anotará en este rubro "no tiene".
- . Nombre del paciente más cercano, número de teléfono y dirección: se anotarán los datos solicitados de un familiar cercano pero que tenga domicilio y número de teléfono diferente a los del paciente.
- . Sexo: marcar con una cruz el sexo que corresponda, en caso de no estar especificado en el expediente marcar el inciso de no especificado.

- . Estado civil: marcar con una cruz la categoría a la cual pertenece.
- . Edad en la primera consulta oncológica: se inscribirá en números arábigos la edad en años que tenía el paciente al momento de acudir por primera vez a consulta por causa del tumor.
- . Fecha del primer diagnóstico histopatológico de cáncer: se anotará en números arábigos el día, mes y año (en ese orden) en que aparece el primer reporte histopatológico del caso.
- . Fecha de la primera consulta o ingreso hospitalario en que se diagnosticó el tumor: se refiere al momento en que el paciente demanda el servicio a causa del tumor, ya sea en el sitio donde se está elaborando el registro o fuera de la institución. Se registrará día, mes y año, en este orden, en números arábigos.
- . Nombre del médico o institución, dirección y teléfono: anotar el nombre completo del médico o institución que envía al paciente con su dirección y teléfono.
- . Diagnóstico y tratamiento previos en otra parte: marcar con una cruz la modalidad a la que corresponda.



- . Bases para el diagnóstico en esta institución: marcar con una cruz las modalidades que ayudaron a confirmar el diagnóstico de cáncer.
- . Localización primaria (topografía): especificar la región anatómica y el tejido que se encuentren afectados por el tumor primario.
- . Tipo histológico: marcar con una cruz la modalidad específica del tumor. En caso de que no se encuentre la específica del tumor que se está registrando, marcar la modalidad "otros" y especificar el tipo histológico. No deberá marcarse más de una modalidad.
- . Primarios múltiples: marcar con una cruz la modalidad correspondiente y sólo una de ellas.
- . Extensión clínica de la enfermedad antes del tratamiento: marcar con una cruz sólo la modalidad que describa la extensión clínica en que se encontraba el tumor antes de iniciarse el tratamiento. Este rubro deberá ser resuelto en todos los casos.
- . Sistema TNM: (T = extensión del tumor primario, N = estado de los ganglios linfáticos regionales, M = ausencia o presen-

cia de metástasis). Marcar con una cruz la etapa clínica en que se encontró el tumor al momento del diagnóstico. Anotar en este rubro sólo aquellos tumores que caen dentro de esta clasificación. Si el paciente no fue tratado en este servicio anotar con una cruz la modalidad número 14 "Fuera de clasificación".

Cáncer de cérvix: si el diagnóstico es de cáncer de cérvix se utilizará la clasificación de la FIGO, marcar con una cruz la modalidad a la que corresponda reservada para estos casos, no importando si fue tratado en otro servicio o institución.

Tratamiento en la institución informante: marcar con cruz (ces) el (los) tratamiento (s) que se le está (n) administrando al paciente, anotar tanto el o los tipos de tratamiento como las modalidades del (los) mismo (s) así como las fechas de inicio y término de cada tipo de tratamiento, en números arábigos, en el orden acostumbrado, mes y año. Si la modalidad marcada presenta un asterisco, deberá especificarse ésta en la parte inferior de este rubro.

Descripción subsecuente de la enfermedad en base a la cirugía: marcar con una cruz la modalidad correspondiente únicamente

para aquellos casos que hayan sido sometidos a cirugía en este servicio.

. Clasificación clínico-quirúrgica: este rubro está estrechamente vinculado con el anterior, por lo cual deberán contestarse ambos en caso de que el paciente haya sido sometido a cirugía.

. Médico tratante: anotar el nombre completo del médico que inició el tratamiento del paciente.

. Supervivencia en meses: este rubro se refiere al tiempo transcurrido, en meses, desde el momento del diagnóstico, fuera o dentro de este servicio, hasta el momento en que se está elaborando este registro, por lo cual deberá ser contestado en todos los casos en números arábigos.

. Nombre del médico que elaboró el registro: anotar el nombre completo del médico residente (sólo uno) que lo realizó.

. Fecha de la elaboración: anotar día, mes y año, en este orden y en números arábigos.

. Revisado por: este rubro está reservado para que el médico encargado del sistema, una vez revisado el registro, y con las correcciones pertinentes realizadas, anote su nombre completo.

REGISTRO DE ENFERMOS CON CANCER  
 UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA;

P A C I E N T E	(4) Nombre del Paciente (apellido paterno, materno y nombres)	(14) No. Expediente	2
	(8) Dirección habitual	(2) No. Registro	
	(10) No. telefónico	(6) Fecha nacimiento	6
	Nombre del pariente más cercano	(7) Lugar nacimiento	
	Dirección (distinta a la del paciente)	No. telefónico	5
	(5) Sexo Fem _____ Masc _____ Sin especificar _____		
	(9) Estado Civil Soltero _____ Viudo _____ Unión libre _____ Casado _____ Divorciado _____		
	(11) Edad en la primera consulta oncológica (en años)		11
	(12) Fecha del primer diagnóstico histopatológico de cáncer día _____ mes _____ año _____		
	(13) Fecha de la primera consulta o ingreso hospitalario en que se diagnosticó el tumor día _____ mes _____ año _____		13

(15) Diagnóstico y tratamiento previos en otra parte 15

1. No. _____	4. Dx. en otra institución y tratado _____
2. Dx. por el médico solamente, pero no tratado _____	9. Sin Información _____
3. Dx. en otra institución pero no tratado _____	

NOMBRE del Médico o de la Institución, Dirección y Teléfono 16

(16) Bases para el Diagnóstico en esta Institución

1. Clínico _____	1. Endoscopia _____	1. Histología del tumor metastásico. _____
2. Laboratorio _____	2. Cirugía exploratoria _____	2. Histología del tumor primario _____
4. Isótopos o rayos X _____	4. Citología y/o hematología _____	4. Otro + _____
8. Ninguno de estos _____	8. Ninguno de estos _____	8. Ninguno de estos _____
9. Sin información _____	9. Sin información _____	9. Sin información _____

D I A G N O S T I C O

+ Especificar:

(18) Localización primaria (topografía) (especificar región anatómica y tejido) 18

(19) Tipo Histológico 19

1. Carcinoma epidermoide _____	4. Sarcoma _____
2. Adenocarcinoma _____	5. Hematológicos malignos _____
3. Canalicular infiltrante _____	6. Gliomas _____
	7. Otros + _____

+ Especificar:

(20) Primarios múltiples 20

1. no. \_\_\_\_\_ 2. si \_\_\_\_\_ 3. dudoso \_\_\_\_\_ 9. sin especific. \_\_\_\_\_

(21) Extensión clínica de la enfermedad antes del tratamiento 21

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. In situ _____           | 4. Linfáticos regionales comprometidos _____ |
| 2. Localizada _____        |  |
| 3. Extensión directa _____ | 6. Metástasis remota _____                   |
|                            | 8. No aplicable _____                        |
|                            | 9. Desconocida _____                         |

(59) Sistema TNM 59

- |              |              |                                  |
|--------------|--------------|----------------------------------|
| 1. T0 _____  | 7. Nc _____  | 11. M0                           |
| 2. T1S _____ | 8. N1 _____  | 12. M1                           |
| 3. T1 _____  | 9. N2 _____  | 13. Otro _____<br>especificar    |
| 4. T2 _____  | 10. N3 _____ | 14. G1 _____                     |
| 5. T3 _____  |              | 15. G2 _____                     |
| 6. T4 _____  |              | 16. G3-G4 _____                  |
|              |              | 17. Fuera de clasificación _____ |

Cáncer de Cérnix

- |                      |                                  |                                |
|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Ca in situ _____  | 6. Estadio IIIA _____            | 11. Otros _____<br>Especificar |
| 2. Estadio IA _____  | 7. Estadio IIIB _____            |                                |
| 3. Estadio IB _____  | 8. Estadio IVA _____             |                                |
| 4. Estadio IIA _____ | 9. Estadio IV B4 _____           |                                |
| 5. Estadio IIB _____ | 10. Fuera de clasificación _____ |                                |

(22) Tratamiento en la Institución Informante

0. Sin tratamiento _____	2. Radioterapia	4. Quimioterapia
1. Cirugía	Externa _____	_____
Limitada _____	CobaltoVit _____	Fecha de inicio _____
Radical _____	Rayos X _____	_____
Inoperable _____	Cesio 137 _____	8. Otra terapia _____
Supresiva _____	Intracavitaria: _____	_____
Rechazada _____	Intracavitaria	Fecha de inicio _____
Fecha: _____	_____	_____
_____	interstival	_____
día mes año	interstival	día mes año
_____	_____	_____
_____	Isótopos † _____	_____
_____	Rechazado _____	_____
_____	Otro † _____	_____
_____	Fecha de inicio _____	_____
_____	día mes año	_____

† Especificar

(23) Descripción subsecuente de la extensión de la enfermedad en base a la cirugía: 23

1. in situ _____	4. linfáticos regionales	8. No aplicable (sin cirugía o autopsia) _____
2. Localizada _____	Comprometidos _____	9. desconocido _____
3. Extensión directa _____	6. Metástasis remota _____	_____

Clasificación Clínico-Quirúrgica (A, B o C)

I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_

Médico tratante (nombre

---

(28) Supervivencia en meses

---

Nombre del Médico que elaboró el Registro

---

Fecha de elaboración

---

Revisado por

---



## INSTRUCTIVO PARA LA CODIFICACION DEL REGISTRO

Rubro 2: Número del Registro del tumor: siete dígitos

Un número de registro de tumor es un rubro de identificación esencial para cada tumor. Es necesario identificar cada tumor en forma independiente de la identificación del paciente. Esto se debe a que un paciente puede tener más de un tumor. Un sistema numérico de tumores conveniente sería el que incluya el año de registro al comienzo de cada número. Por ejemplo:

8 1 \_ \_ \_ \_ 1 sería el primer tumor registrado en 1981.

Rubro 5: Sexo: un dígito.

Subdivisiones:	1	hombre
	2	mujer
	9	no especificado

Rubro 6: fecha de nacimiento: seis dígitos

Debe ser registrado en casilleros claramente marcados

                
Día      Mes      Año

Rubro 11: Edad en el momento de la primera consulta o ingreso: dos dígitos.

Subdivisiones:

00 = menos de un año de edad

01-97= Edad 1-97 años (años cumplidos)

98= 98 o más

99 + edad no especificada

Rubro 12: Fecha del primer diagnóstico de cáncer: seis dígitos

Se registra el día, mes y el año en que el médico hace por primera vez el diagnóstico de cáncer.

Rubro 13: Fecha de la primera consulta o ingreso al hospital que hace el informe del cáncer: cuatro dígitos, para el mes y año.

Rubro 15: diagnóstico y tratamiento previos en otra parte: un dígito

Subdivisiones:

1 = no

2 = diagnóstico por el médico solamente, pero no tratado

3 = diagnosticado en otra Institución, pero no tratado

4 = diagnosticado en otra institución y tratado

9 = Sin información

Rubro 16 = investigaciones pertinentes al diagnóstico de cáncer para planificar el tratamiento: tres dígitos.

Subdivisiones:

Primer dígito	Segundo dígito	Tercer dígito
1 = clínica exclusivamente	1 = Endoscopia	1 = Histología del tumor metastásico
2 = Metodología de laboratorio	2 † Cirugía exploratoria	2 = Histología del tumor primario
3 = 1 † 2	3 = 1 † 2	3 = 1 † 2
4 = Isótopos o rayos X	4 = Cistología o hematología o ambos	4 = Otro (especificar)
5 = 1 † 4	5 = 1 † 4	5 = 1 † 4
6 = 2 † 4	6 = 2 † 4	6 = 1 † 4
7 = 1 † 2 † 4	7 = 1 † 2 † 4	7 = 1 † 2 † 4
8 = ninguno de éstos	8 = ninguno de éstos	8 = ninguno de éstos
9 = Sin información	9 = Sin información	9 = sin ninguna información

Rubro 18: localización primaria: topografía (CIE): cuatro dígitos

Rubro 19: Tipo histológico: un dígito

Subdivisiones:

1. Carcinoma epidermoide
2. Adenocarcinoma
3. Canalicular infiltrante
4. Sarcoma
5. Hemáticos malignos

6. Gliomas

7. Otros

Rubro 20: primarios múltiples: un dígito

Subdivisiones:

1 = NO

2 = SI

3 = Dudoso

9 = Sin especificar

Rubro 21: extensión clínica de la enfermedad antes del tratamiento en la Institución informante: dos dígitos.

Subdivisiones:

1. In situ

2. Localizada

3. Extensión directa

4. Linfáticos regionales comprometidos

5. Metástasis remota

8. No aplicable

9. Desconocida

Rubro 50: sistema TNM: cuatro dígitos

El cuarto dígito es para agregar un "+" o "-" e indicar la confirmación histológica de compromiso de ganglios linfáticos (N).

$\overline{T}$ ,  $\overline{N}$   $\overline{M}$   $\overline{G_{\pm}}$

G = Grado de tumor G2 = moderadamente

G1 = bien diferenciado

G3 = pobremente dif.

Rubro 22: tratamiento en la institución informante: un dígito

Subdivisiones:

- 0 = Sin tratamiento
- 1 = Cirugía
- 2 = Radioterapia
- 3 = 1 + 2
- 4 = Quimioterapia
- 5 = 1 + 4
- 6 = 2 + 4
- 7 = 1 + 2 + 4
- 8 = Otra terapia
- 9 = Desconocido

Rubro 23: descripción subsecuente de la extensión de la enfermedad en base a la cirugía: un dígito.

Subdivisiones:

- 1 = In situ
- 2 = Localizada
- 3 = Extensión directa
- 4 = Linfáticos regionales comprometidos
- 5 = Extensión directa con compromiso regional de linfáticos
- 6 = Metástasis remota
- 8 = No aplicable
- 9 = Desconocida

Rubro 25: fecha de defunción: cuatro dígitos (mes y año)

Rubro 26: causa de defunción: cuatro dígitos según CIE

Rubro 27: resultado de la autopsia: un dígito

Subdivisiones:

- 1. Sin autopsia
- 2. Sin signo de tumor residual
- 3. Cambio de localización del tumor primario (nuevo CIE)
- 4. Cambio de diagnóstico morfológico

- 5 = Diagnóstico confirmado
- 6 = Caso encontrado en la autopsia
- 7 = Diagnóstico no confirmado
- 8 = Autopsia realizada, resultado desconocido
- 9 = No se sabe si se hizo autopsia

Rubro 28: supervivencia en meses: tres dígitos.

La fecha se mide de la fecha de aniversario (rubro 13).

## HOJA DE OBSERVANCIA ULTERIOR

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

V I V O

1) sin evidencia de enfermedad tumoral	2) recurrencia o residual local	3) localmente con invasión a otras estructuras	4) con metástasis: A. linfáticas; 1. regionales 2. distantes; B. hemáticas	5) con nuevo tumor primario	7) sin observación ulterior	8) Muerto.
--	---------------------------------	--	--	-----------------------------	-----------------------------	------------

FECHA OBSERVACIONES (nuevos exámenes, tratamiento subsecuente etc.)

† en caso de muerte concluir el registro con la hoja correspondiente a los datos de defunción.



Instrucciones para el llenado de la HOJA DE DATOS DE OBSERVACION  
ULTERIOR:

- Esta hoja será utilizada para todos aquellos pacientes que ya han sido registrados y acuden a este servicio para su seguimiento.
- Nombre del paciente: inscribir en el orden siguiente: apellido paterno, materno y nombre; en el caso de tratarse de una mujer casada se anotarán los apellidos de soltera.
- Número de expediente: corresponde al número de expediente clínico que se le ha asignado al paciente por el Departamento de Archivo.
- Número de registro: éste deberá corresponder al mismo número asignado a su registro.

Cada vez que el paciente acuda a sus citas de seguimiento, el médico que lo atienda deberá de:

- Anotar la fecha: día, mes y año, en números arábigos en el extremo izquierdo de la hoja.
- Inmediatamente después de la fecha se anotará el número correspondiente al estado clínico en que se encuentre el paciente durante la consulta y se detallarán las observaciones pertinentes.

Ejemplo: la paciente acude el día 5 de septiembre de 1981 para su seguimiento ulterior; el médico le diagnostica metástasis linfáticas regionales. Entonces, el médico anotará: en la hoja de seguimiento:

5/09/81. 4.A.1. (que corresponde a 4. Metástasis A. linfáticas y 1. regionales).

El médico decide realizar nuevos exámenes de laboratorio y gabinete los cuales deberá especificar a continuación de la descripción clínica y anotará el tratamiento en caso de ser modificado, o de continuar igual. Por último, anotará su nombre completo. Continuando con nuestro ejemplo quedaría:

5/09/81 4.A.1. se solicita calcio sérico y radiografía de tórax continúa con el mismo tratamiento. Dr. xx

- En caso de que el paciente no se haya presentado se anotará la fecha como ya se indicó y el número 7 correspondiente a "sin observación ulterior" pudiendo especificar que no se presentó el paciente y a continuación el nombre completo del médico.
- Para el caso en el que se sepa de la defunción del paciente, ya sea que ésta sucedió en el hospital y se conocen todos los detalles o bien porque trabajo social obtuvo la información, se procederá, una vez anotado fecha en que se conoce la información y el número 8 que corresponde a "muerto", a concluir el caso contestando los rubros de la hoja de defunción.

HUOJA DE DEFUNCIÓN

No. Registro _____ (25) Fecha de defunción día _____ mes _____ año _____	Nombre del paciente _____	25									
(26) Causa de defunción <span style="float: right;">26</span> I causa directa (A) _____ debida a (B) _____ debida a (C) _____  II Otros estados patológicos _____  Certificado expedido por (nombre) Médico _____ No. Médico _____											
(27) Resultado de la autopsia <span style="float: right;">27</span>  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. Sin autopsia _____</td> <td style="width: 33%;">4. Cambio de Dx. _____</td> <td style="width: 33%;">7. Dx. no confir- mado _____</td> </tr> <tr> <td>2. Sin signos de tumor residual _____</td> <td>5. Dx. Conf. _____</td> <td>8. Autopsia reali- zada, resultado desconocido _____</td> </tr> <tr> <td>3. Cambio de localiza- ción del tumor pri- mario _____</td> <td>6. Caso encontra- do en la autop- sia _____</td> <td>9. No se sabe si se hizo autopsia _____</td> </tr> </table>			1. Sin autopsia _____	4. Cambio de Dx. _____	7. Dx. no confir- mado _____	2. Sin signos de tumor residual _____	5. Dx. Conf. _____	8. Autopsia reali- zada, resultado desconocido _____	3. Cambio de localiza- ción del tumor pri- mario _____	6. Caso encontra- do en la autop- sia _____	9. No se sabe si se hizo autopsia _____
1. Sin autopsia _____	4. Cambio de Dx. _____	7. Dx. no confir- mado _____									
2. Sin signos de tumor residual _____	5. Dx. Conf. _____	8. Autopsia reali- zada, resultado desconocido _____									
3. Cambio de localiza- ción del tumor pri- mario _____	6. Caso encontra- do en la autop- sia _____	9. No se sabe si se hizo autopsia _____									
Nombre del médico que elaboró el registro _____											
Fecha _____	Revisado por: _____										

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE DEFUNCION

- Anotar # registro y nombre completo del paciente como anteriormente.
- Fecha de defunción. Iniciar con día, mes y año, y en números arábigos.
- Causa de defunción. En caso de que la defunción haya sido en el hospital se transcribirá exactamente igual a como se encuentre en la nota de defunción o en el certificado, inscribiendo así mismo el nombre de la persona que certifica.
- En caso de que la nota o el certificado de defunción presenten en el inciso a) de causa directa "paro cardíaco" o paro cardiorrespiratorio", buscar en el expediente la causa real de la defunción.
- En caso de que la defunción haya ocurrido fuera de la Institución, trabajo social deberá de obtener la mayor información posible para el llenado de este rubro.
- Resultado de la autopsia. Anotar con una cruz la modalidad que describa los hallazgos de la autopsia, en el caso de que ésta haya sido realizada.
- Nombre del médico que elaboró el registro. Inscibirá su nombre completo el Médico que concluye el registro

- Fecha. día, mes y año en que se concluye el registro en números arábigos y en ese orden.
- Revisado por: rubro reservado para el médico encargado del Sistema, que una vez revisado el registro y con las correcciones pertinentes realizadas, anotará su nombre completo.

## MODELO DE TARJETA PARA FICHERO DE PACIENTES

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ No. REGISTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No. TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO Y ESTADIO \_\_\_\_\_

FECHA DE DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA DE REGISTRO \_\_\_\_\_

CAUSA DE DEFUNCION Y FECHA \_\_\_\_\_

(en caso necesario)

## TARJETA DE CONTROL DE OBSERVACION ULTERIOR

NOMBRE _____		FECHA DEL DIAG. _____		
DIRECCION _____		No. REGISTRO _____		
_____		No. TELEFONO _____		
_____		_____		
FECHA DEL ULTIMO EXAMEN	NOMBRE DEL MEDICO	TIPO DE EXAMEN	FECHA DE PROXIMA CITA	FECHA DE AVISO

## TARJETAS SIMPLES

ANVERSO

REGISTRO

No. EXPEDIENTE

MEDICO TRATANTE  
(inicial)

REVERSO

SEXO

EDAD

TIPO TUMOR

CIE

FECHA INICIO DE  
TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO

TIEMPO TRANSCURRIDO  
ENTRE DX Y TRAT.

FECHA DEL DX.



## RECURSOS HUMANOS

Recolectores de información	6
Trabajadora social	1
Estadígrafo	1
Supervisor del sistema	1
Mecanógrafa	1

## RECURSOS MATERIALES (no renovables)

Archiveros grandes (de 4 gavetas cada uno)	3
Archiveros metálicos para tarjetas índice	6
Máquina de escribir (eléctrica)	1
Calculadoras	1
Escritorios	2
Sillas giratorias	2
Sacapuntas fijo	1
Engrapadoras	1
Desengrapadoras	1

La inversión que se calcula para los recursos materiales no renovables es de aproximadamente \$ 45,000.00.

EQUIPO RENOVABLE: Anual	CANTIDAD
- Hojas de papel copia al año	1 800
- Hojas de papel blancas al año	600
- Hojas de papel milimétrico al año	240
- Papel carbón al año	un paquete
- Folders al año	12 000
- Libreta dura tamaño oficio	1
- Tarjetas 5x7 al año	9 600
- Gomas al año	un paquete
- Lápices de color	una caja
- Lápices al año	150
- Clips al año	4 cajas grandes
- Grapas al año	8 cajas grandes
- Cintas adhesivas	4 grandes
- Formularios de registro	4 000
- Formas de seguimiento	6 000
- Plumas atómicas	50
- Regla	1
- Escuadra	1

El equipo renovable va a tener una inversión aproximada de \$40,000.00 anuales.