



Boletín Epidemiológico Ciudad Autónoma de Ceuta

Número 24

Junio 2014

Consejo de Redacción: Ana Isabel Rivas Pérez; Mauricio Vázquez Cantero
Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad y Consumo
www.ceuta.es/sanidad; email: boletin@ceuta.es

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo
I.S.S.N.: 1988-8899
Depósito Legal: CE. 95-2007

SUMARIO:

- RESULTADOS DEL PLAN DE VIGILANCIA DEL EFECTO DEL EXCESO DE TEMPERATURAS PARA LA SALUD DESDE 2011 A 2013 EN CEUTA
- REGISTROS DE CÁNCER: REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CEUTA

RESULTADOS DEL PLAN DE VIGILANCIA DEL EFECTO DEL EXCESO DE TEMPERATURAS PARA LA SALUD DESDE 2011 A 2013 EN CEUTA

Autores:

M^a Dolores Barrientos Reyes. Servicio de Epidemiología. Consejería Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.
Concepción Iglesias Cote. Servicio de Sanidad Ambiental. Consejería Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.

Se ha realizado un estudio descriptivo de las asistencias por patologías relacionadas con el exceso de temperaturas durante el periodo Junio a Septiembre de los años 2011 a 2013 y de las diferencias más llamativas encontradas entre las temperaturas previstas y reales.

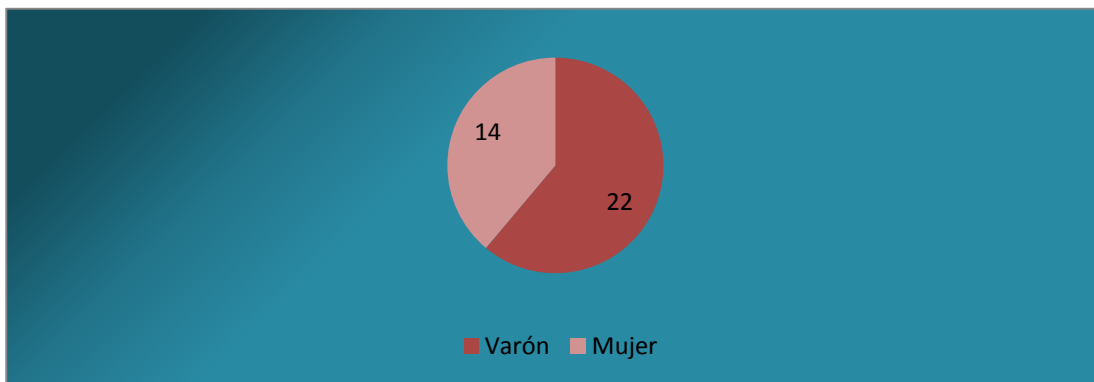
Los datos recogidos de las asistencias son:

- Sexo
- Edad (en años cumplidos)
- Hospital
- Semana epidemiológica
- Temperatura real máxima y mínima del día de asistencia
- Código diagnóstico

Las gráficas se representan en Excel.

En el periodo estudiado se han contabilizado 36 asistencias, todas ellas en el Hospital Universitario del INGESA; 14 han sido mujeres y 22 hombres.

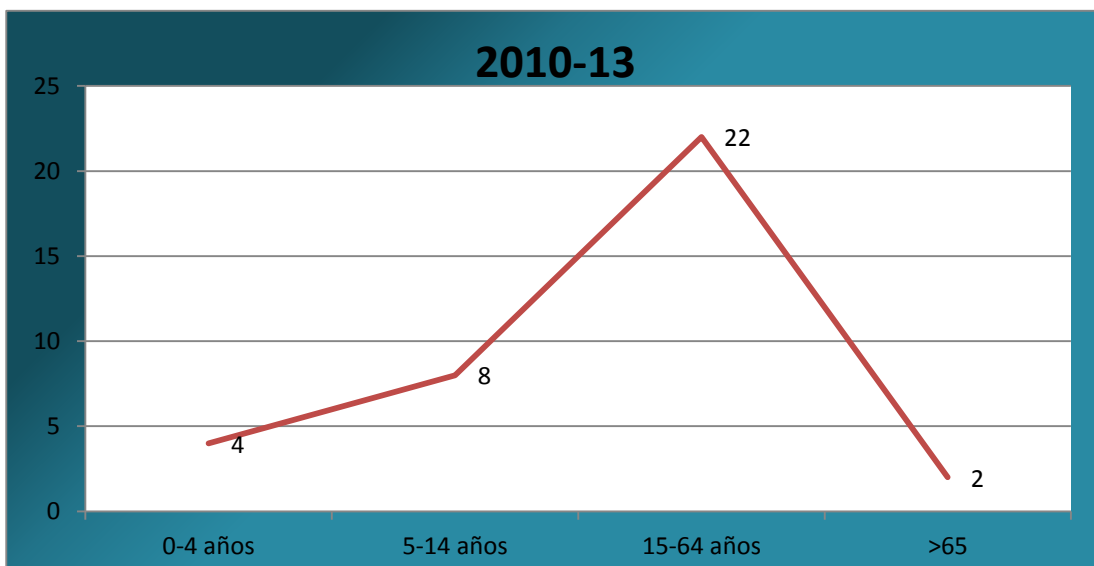
El porcentaje de asistidos por sexos en el periodo global y en todos los años es siempre superior en hombres (61,11%) que mujeres (38,88%).



Gráfica 1: Distribución por sexo

Fuente: Servicio de Admisión y Documentación clínica del Hospital Universitario del INGESA de Ceuta. Elaboración propia

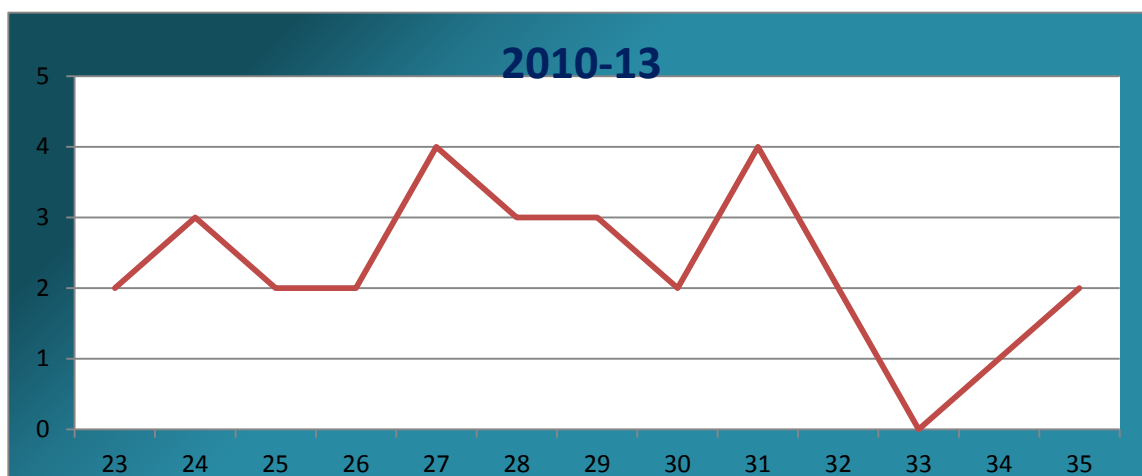
Los grupos de edad más afectados son las personas de 15 a 64 años con el 61,1%, de 0 a 4 con el 11,11%, de 5 a 14 con el 22,22% y los >65 años con el 5,5%.



Gráfica 2: Distribución por edad

Fuente: Servicio de Admisión y Documentación clínica del Hospital Universitario del INGESA de Ceuta. Elaboración propia

El pico de asistencia se concentra en las semanas epidemiológicas 27 y 31.



Gráfica 3: Semana epidemiológica de asistencia

Fuente: Servicio de Admisión y Documentación clínica del Hospital Universitario del INGESA de Ceuta.
Elaboración propia

Los diagnósticos se codificaron según la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades. En la mayoría, el diagnóstico fue el golpe de calor e insolación.

Fecha	Tª Real Máxima	Tª Real Mínima	Fecha	Tª Real Máxima	Tª Real Mínima
11/06/2010	22,7	15	17/07/2012	26,4	21,3
20/07/2010	30	20,4	23/07/2012	26,5	19,5
21/07/2010	31,5	22,3	30/07/2012	27	20
11/08/2010	37,3	22,5	03/08/2012	37,5	24,6
31/08/2010	28,4	23,9	10/08/2012	29,1	21,4
08/07/2011	32,2	22,6	27/08/2012	26,5	21,1
07/06/2012	28,3	20,3	12/06/2013	28,9	20,6
11/06/2012	25,5	20,3	15/06/2013	27,2	18,7
19/06/2012	28,5	19,4	02/07/2013	24	19,2
21/06/2012	28,7	18,7	04/07/2013	23,4	20
22/06/2012	33	20,8	05/07/2013	23,4	20
25/06/2012	24,4	20,4	22/07/2013	27,4	21
08/07/2012	34,2	21,1	01/08/2013	27	22,3
10/07/2012	31,7	20,7	02/08/2013	27	21,5
14/07/2012	32	25,5	19/08/2013	27,5	22,5

Tabla 1: Temperatura real máxima y mínima del día de la asistencia

Fuente: AEMET. Elaboración propia

Sólo dos días, el 11 de agosto de 2010 y el 3 de agosto de 2012 se sobrepasaron las temperaturas umbrales

A continuación se presentan las gráficas comparativas de las temperaturas reales y previstas máximas en julio y agosto.

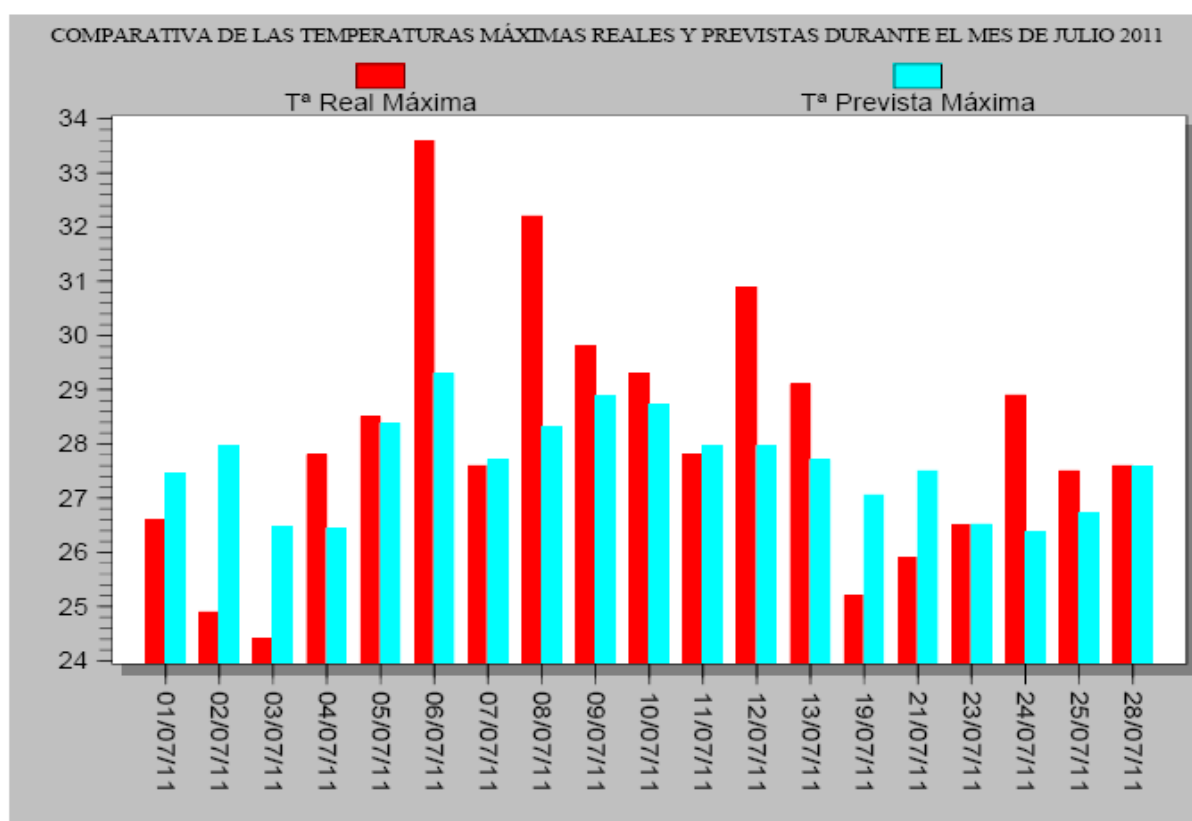
Durante el periodo estudiado y siguiendo los datos de las temperaturas previstas recibidas no declaramos ninguna alerta.

Sin embargo en los días abajo señalados, las temperaturas reales sobrepasaron las temperaturas umbrales y hubiera sido necesario declarar diferentes alertas.

- ✓ Año 2011..... nivel 1 amarillo (ALERTA) (día 6 Julio)
- ✓ Año 2011..... nivel 2 naranja (ALERTA Y RIESGO) (días 6, 7 y 8 Agosto)
- ✓ Año 2012..... nivel 1 amarillo (ALERTA) (día 21 Julio)
- ✓ Año 2012..... nivel 1 amarillo (ALERTA) (días 2, 3, 11, 12 y 29 Agosto)

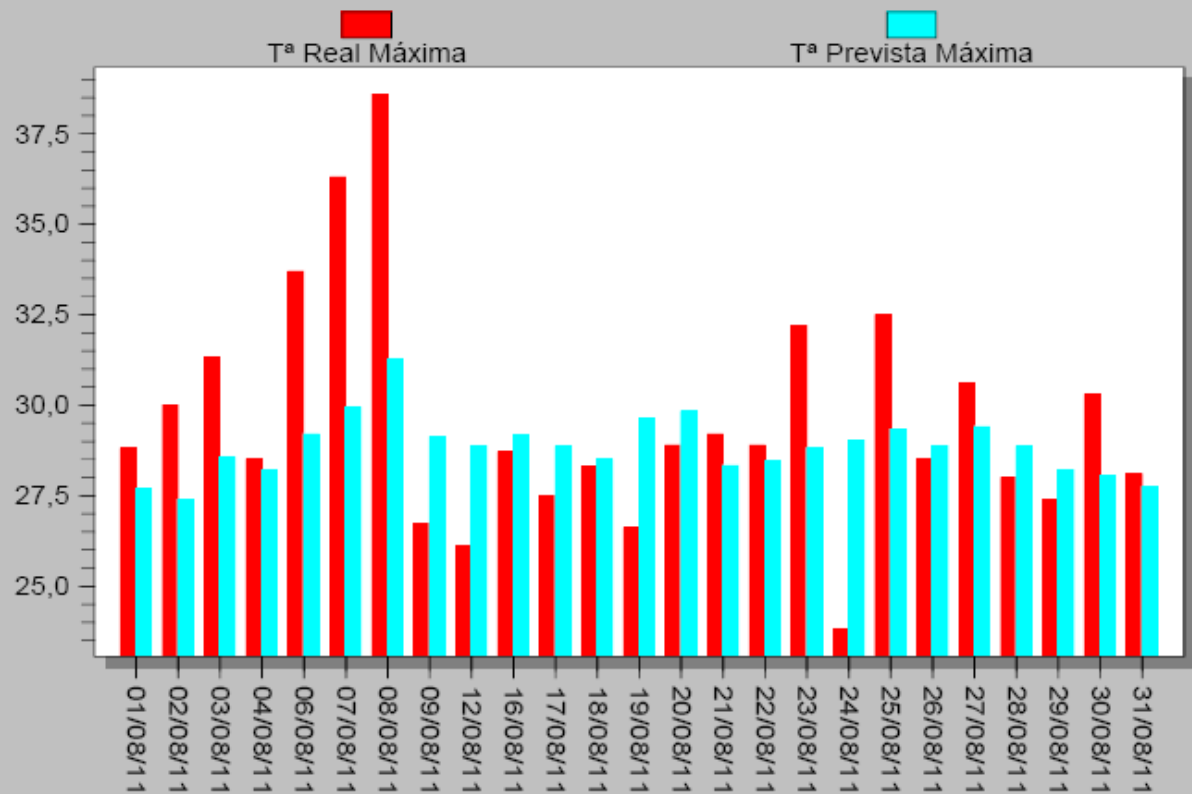
Se observan grandes diferencias entre las temperaturas reales y previstas.

Esta discrepancias que dificultan en grado sumo la toma de decisiones destinadas a activar las situaciones de alerta, se deben principalmente a la inadecuada ubicación de la estación meteorológica en Ceuta (anexa al helipuerto militar en Loma Margarita), falta de personal en la estación que valide las temperaturas registradas, así como las numerosas ausencias en los registros de temperaturas reales recibidos, por lo que se considera necesario una mejor dotación de medios materiales y personales que permita detectar con fiabilidad situaciones meteorológicas extremas.



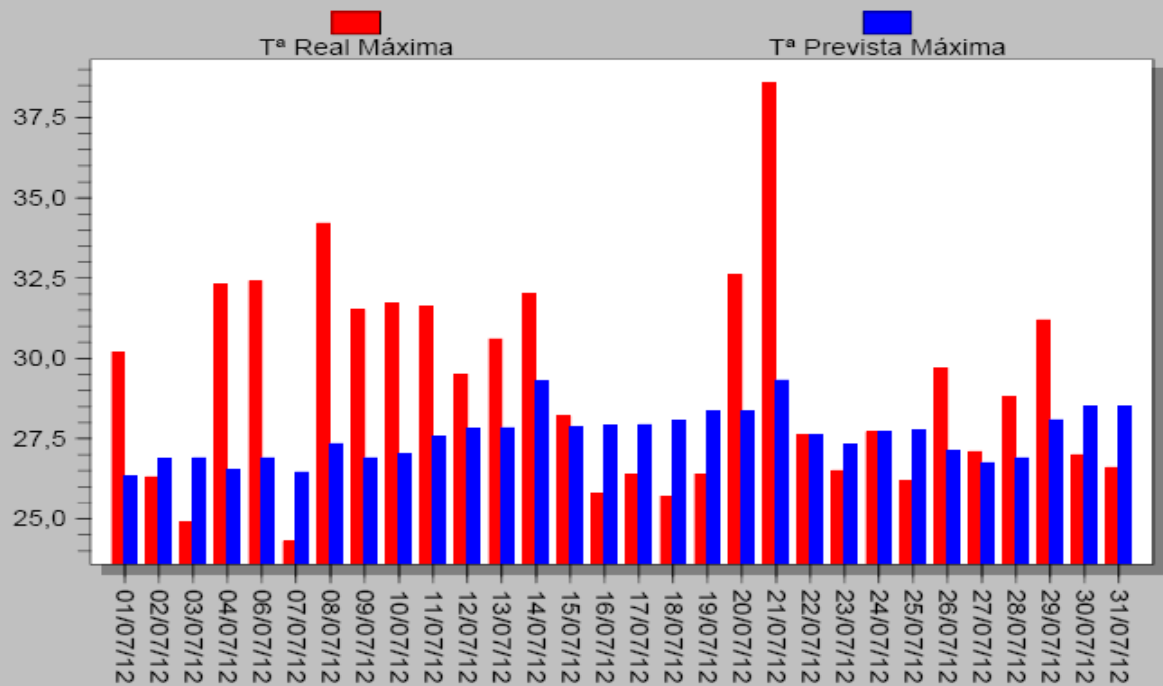
Gráfica 4: Comparativa de las temperaturas máximas reales y previstas durante el mes de Julio de 2011
Fuente: AEMET. Elaboración propia

COMPARATIVA DE LAS TEMPERATURAS MÁXIMAS REALES Y PREVISTAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2011



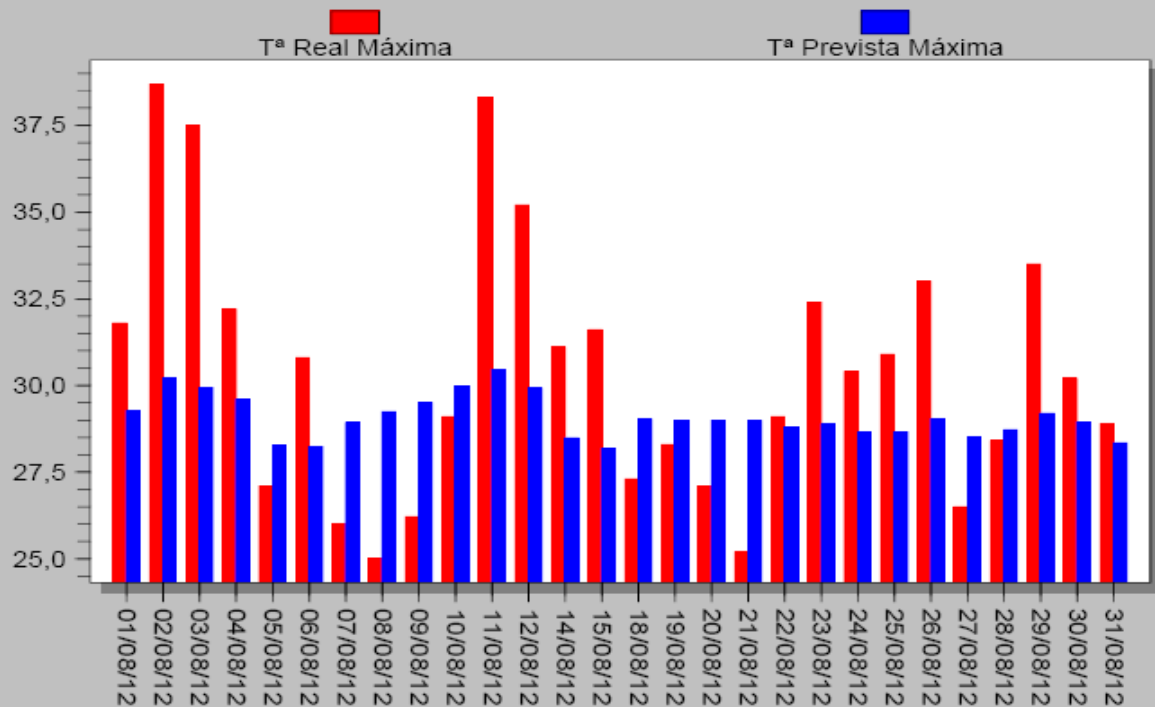
Gráfica 5: Comparativa de las temperaturas máximas reales y previstas durante el mes de Agosto de 2011
Fuente: AEMET. Elaboración propia

COMPARATIVA DE LAS TEMPERATURAS MÁXIMAS REALES Y PREVISTAS DURANTE EL MES DE JULIO 2012



Gráfica 6: Comparativa de las temperaturas máximas reales y previstas durante el mes de Julio de 2012
Fuente: AEMET. Elaboración propia

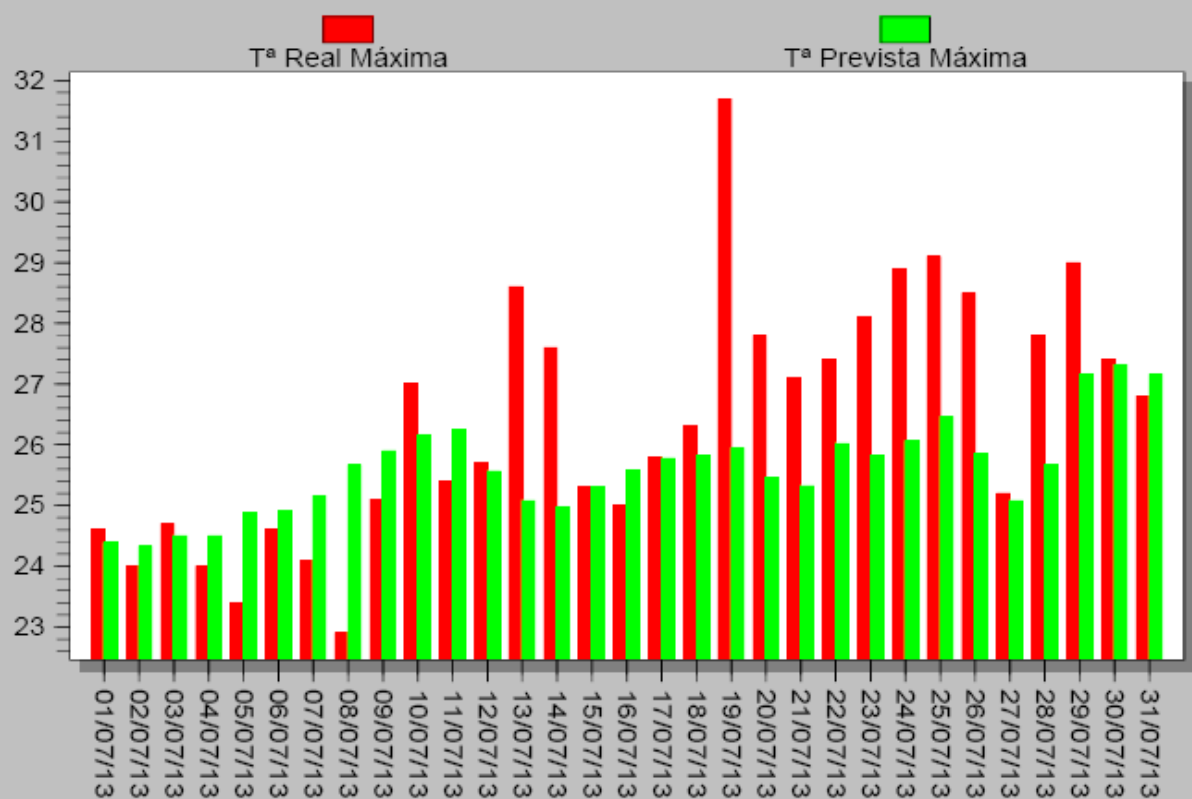
COMPARATIVA DE LAS TEMPERATURAS MÁXIMAS REALES Y PREVISTAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2012



Gráfica 7: Comparativa de las temperaturas máximas reales y previstas durante el mes de Agosto de 2012

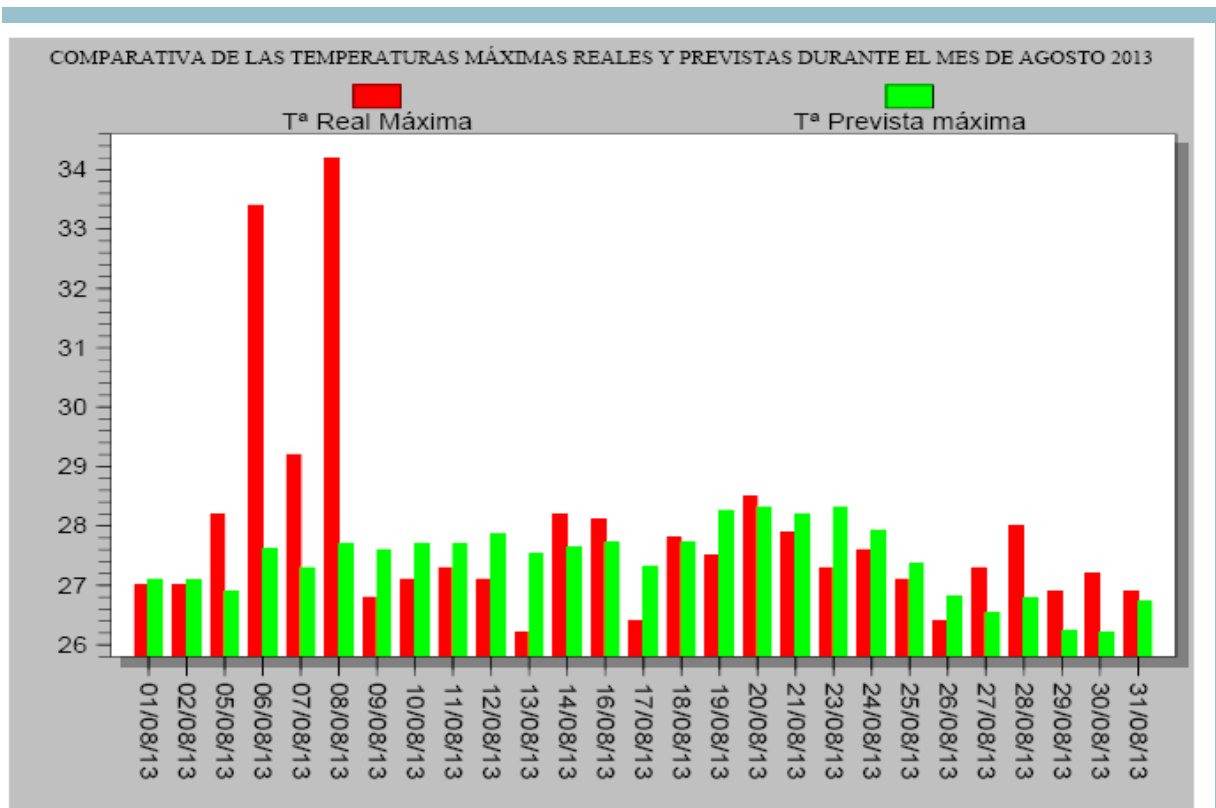
Fuente: AEMET. Elaboración propia

COMPARATIVA DE LAS TEMPERATURAS MÁXIMAS REALES Y PREVISTAS DURANTE EL MES DE JULIO 2013



Gráfica 8: Comparativa de las temperaturas máximas reales y previstas durante el mes de Julio de 2013

Fuente: AEMET. Elaboración propia



Gráfica 9: Comparativa de las temperaturas máximas reales y previstas durante el mes de Agosto de 2013
Fuente: AEMET. Elaboración propia

REGISTROS DE CÁNCER: REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CEUTA

Autores:

Estela Fernández Coletto. Colaboradora en el Registro Poblacional de Cáncer de Ceuta
M^{re} Adela Toledo Castillo. Secretaria del Registro Poblacional de Cáncer de Ceuta

INTRODUCCIÓN

El estudio del cáncer es en el momento presente unas de las prioridades mejor definidas en el campo de la Salud Pública, debido fundamentalmente a su elevada mortalidad así como a la alta morbilidad que ocasiona y que causa en su conjunto un ingente gasto sanitario, tanto económico como humano que preocupa enormemente a la sociedad.

Basándonos en estas premisas nace la necesidad del control de esta enfermedad, pasando por tres aspectos fundamentales, la prevención, el diagnóstico precoz de la enfermedad y el correcto tratamiento en sus múltiples variantes.

En este sentido y desde la década de los ochenta, se ha ido abriendo paso la idea de que gran parte de los casos de cáncer se asocian a factores externos, y que son por tanto prevenibles. Si unimos a esta consideración una optimización del uso de los recursos terapéuticos actuales, se puede predecir un aumento en el número de curaciones.

En la Unión Europea se aprobó en 1986 el Programa Europa Contra el Cáncer, cuyo objetivo global a través de una serie de actividades preventivas era la disminución de la mortalidad por cáncer. Este programa se prorroga hasta el año 2000 y queda establecido como uno de sus objetivos generales la mejora de los sistemas de información sobre la frecuencia y la naturaleza de los cánceres, haciendo referencia incluso a la creación de un registro normalizado de todos los casos detectados en la Unión Europea.

En base a estas consideraciones, se detecta en nuestra ciudad la necesidad de fuentes específicas de información sobre dicha enfermedad y es por esta razón que en el Plan de Salud 2008 – 2011 de Ceuta se incluye el programa “Mortalidad por Cáncer” uno de cuyos objetivos es la creación de un Registro Poblacional de Cáncer.

¿QUÉ ES UN REGISTRO DE CÁNCER?

Un registro de cáncer es un sistema de información diseñado para la recogida, registro, análisis e interpretación de los datos de las personas diagnosticadas de cáncer. La información derivada de estos sistemas de información constituye la fuente primaria para la investigación epidemiológica sobre los agentes determinantes del cáncer, así como para la planificación y evaluación de los sistemas sanitarios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Los registros de cáncer son una herramienta epidemiológica básica en el control del cáncer para conocer y evaluar la magnitud real del problema y desempeñan un papel importante en el control de esta enfermedad.

Constituye un proceso de recogida continuada y sistemática de datos sobre la ocurrencia y las características de las neoplasias consideradas como notificables que son diagnosticadas y/o tratadas.

Existen dos tipos de Registros de Cáncer:

- El **Registro de Cáncer Hospitalario** que permite conocer la epidemiología de los enfermos con cáncer que acuden al hospital y el tipo de asistencia que reciben, lo que permite hacer un análisis de la actividad del centro y compararlo con otros.
- El **Registro de Cáncer Poblacional** que recoge todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados en un periodo de tiempo definido y residentes en el área geográfica que abarca el registro. Su objetivo fundamental es medir la incidencia de cáncer que habitualmente se expresa por año y por 100.000 habitantes.

Se utilizan términos normalizados para la recogida de datos (edad, sexo, localización tumoral, etc.) de forma que se puedan comparar con otros registros.

Los registros de cáncer de población (RCP) juegan un papel esencial en el control del cáncer, ya que realizan una labor continua y sistemática de recopilación, análisis e interpretación de datos, sobre las características personales de los pacientes con cáncer del área en la que está ubicado el Registro, incorporando también datos clínicos y anatomopatológicos del tumor y datos sobre el seguimiento de los pacientes, para conocer su supervivencia.

Las primeras iniciativas para conocer la magnitud del cáncer se remontan a principios del siglo XX en varios países europeos. En 1900, en Alemania se dirigió una encuesta a los médicos tratando de registrar a todos los pacientes con cáncer bajo tratamiento médico. Ese mismo enfoque volvió a utilizarse entre 1902 y 1908 en varios países europeos, entre ellos España. En América, los dos primeros registros se establecieron en Saskatchewan (Canadá) en 1932 y Connecticut (EE.UU.) en

1935. El primer registro de cáncer europeo que ha mantenido su continuidad hasta el momento actual, se creó en 1942 en Dinamarca, con cobertura nacional.

En España, los dos registros de cáncer de población más antiguos son el Registro de Cáncer de Zaragoza, creado en el año 1960, y el de Navarra, creado en 1970.

En 1976 se puso en marcha el Plan Nacional de Registros de Cáncer de Población, añadiendo a los registros existentes cuatro más de nueva creación: Asturias, Tenerife, Sevilla y Valladolid, si bien no todos ellos mantuvieron su continuidad a lo largo de estos años. En la actualidad, existen 12 RCP de Población (Albacete, Asturias, Cuenca, Gerona, Granada, Islas Canarias, Mallorca, Murcia, Navarra, País Vasco, Tarragona y Zaragoza) cuyos datos están incluidos en la publicación de referencia Cancer Incidence in Five Continents editada por la International Agency for Research on Cancer (IARC). Además existe un RCP en la Rioja y dos registros monográficos, de cáncer de mama y colon-recto en Castellón y de Cáncer Infantil en la Comunidad Valenciana. En su conjunto, abarcan una población aproximada de 10 millones, lo que representa el 27% de la población española. Esta situación es similar a la de países del Sur de Europa, próximos en geografía y cultura, tales como Francia e Italia, cuyos registros, en ambos países, cubren aproximadamente un 20% de la población total, estando generalmente ubicados en áreas de población cercanas al millón de habitantes.

En Ceuta, con fecha 25 de Octubre de 2013, se aprueba la creación del Registro Poblacional de Cáncer de la Ciudad Autónoma de Ceuta, dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo, así como su régimen de organización y funcionamiento.

OBJETIVOS Y UTILIDAD

Los datos recogidos en un registro de cáncer **se utilizan para:**

- Monitorizar las tendencias del cáncer con el paso del tiempo.
- Mostrar los patrones del cáncer en distintas poblaciones e identificar grupos de alto riesgo.
- Guiar la planificación y la evaluación de los programas para el control del cáncer.
- Ayudar a establecer prioridades para la asignación de los recursos de salud.
- Promover actividades de investigación en el área de servicios de salud, atención médica y epidemiología.

DEFINICIONES

1.- Primer Tratamiento: Se hará explícita la definición empleada, ya sea en función de la terapia planificada y/o del periodo de tiempo transcurrido desde su inicio, en general los 6 primeros meses.

2.- Extensión de la Enfermedad o Estadío: Se utilizará, siempre que sea posible, el sistema de clasificación TNM y su conversión en estadios. Para ciertos tipos de tumores, tales como los linfomas, se utilizarán las clasificaciones de uso habitual en la clínica (Ann Arbor). En caso de no disponer de datos sobre el estadio se codificará la extensión clínica del tumor (localizado, regional o diseminado), siempre que exista información suficiente para ello.

3.- Base más válida del Diagnóstico: En caso de existir varias pruebas diagnósticas, se codifica con prioridad aquella que se considere de mayor fiabilidad para el diagnóstico (histología, citología, marcadores tumorales, radiología, etc.).

4.- Morfología o Diagnóstico Anatomopatológico: Tipo histológico/citológico del cáncer. Se codifica siguiendo la CIEO3.

5- Topografía o Localización Primaria del Cáncer: Órgano en que se origina el cáncer. Se codifica siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ª edición (CIEO3).

6. Fecha de Diagnóstico o de Incidencia: Será la referencia básica para los estudios de incidencia o supervivencia. Entre las fechas de elección (diagnóstico clínico, ingreso hospitalario, etc.), se tomará, prioritariamente la del diagnóstico anatomopatológico, siguiendo las recomendaciones de la ENCR (European Network of Cancer Registries).

7.- Ítems imprescindibles para poder registrar un caso: Entre ellos, los datos de identificación personal, la edad, el sexo, el lugar de residencia, la fecha de incidencia y la localización del tumor son datos sin los cuales no será posible registrar un caso. Esta información, junto con el número de habitantes y la distribución por grupos de edad y sexo de la población es imprescindible para determinar las tasas de incidencia estandarizadas y específicas por edad de los distintos tipos de cáncer.

8.- Tumores Primarios Múltiples: La unidad de registro es el cáncer y no el paciente, de modo que un enfermo con 3 cánceres primarios, a efectos de registro e incidencia, se registrará como 3 casos diferentes. Para la clasificación y codificación de tumores primarios múltiples, se siguen las normas propuestas por la IARC/IACR (International Agency for Research on Cancer/ International Association on Cancer Registries)

9.- Caso Incidente: Son condiciones necesarias para registrar un caso:

a) residir en el momento del diagnóstico en el área geográfica en la que está ubicado el Registro, lo que significa constar en el censo de población

b) ser diagnosticado por primera vez de un cáncer invasivo o in situ, con posterioridad a la fecha en la que el Registro inicia su actividad. Se hará una definición explícita de los casos susceptibles de ser registrados (benignos, malignos o inciertos) y de aquéllos que se incluirán en las estadísticas anuales de incidencia (en las que se excluyen los cánceres in situ).

¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DE UN REGISTRO DE CÁNCER?

En general, las fuentes de información de un registro de cáncer son las mismas para todos los registros, pero en este documento especificaremos las de los registros de cáncer poblacionales, que son los registros que requieren un mayor esfuerzo para detectar todos los casos.

Las fuentes principales de un registro de cáncer poblacional **son:**

- Todas las altas hospitalarias de los enfermos ingresados por cáncer en cualquier centro sanitario (hospitales públicos, privados y concertados) del área geográfica que cubre el RCP.
- Todos los informes con diagnóstico de enfermedad de todos los laboratorios de anatomía patológica (centros sanitarios, públicos, privados y concertados) del área geográfica que cubre el RCP.
- El registro de mortalidad (certificados de defunción) del área geográfica que cubre el RCP.

- Cualquier alta hospitalaria del enfermo ingresado por cáncer y por cualquier diagnóstico de la enfermedad de anatomía patológica de un centro sanitario (privado, público y/o concertado) ubicado fuera del área de cobertura del RCP, debido a la provisión de ciertos tratamientos en centros de referencia o bien por la voluntad del enfermo de ser tratado en estos centros.
- Cualquier otra fuente de información que nos ayude a detectar un caso de cáncer entre los residentes del área geográfica del RCP. Por ejemplo: enfermos oncológicos de la asistencia primaria, enfermos asistidos en los hospitales del día, etc.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS. CONTROL DE CALIDAD

Debe tenerse en cuenta que el proceso de recogida de datos del cáncer requiere una validación y un control de calidad de los datos muy preciso. Si no se siguen unos criterios de calidad en un RCP se pueden dar diferentes situaciones tanto de subregistro (debido a la no notificación o no identificación de casos) como de sobregistro (por la duplicidad de casos, incluso de no residentes dentro del área estudiada o por otras causas) que podrían afectar en la medición del impacto del cáncer en la población.

Para evitar estas situaciones, deben realizarse trabajos de control de calidad continuos que mejoran la información pero que retrasan la obtención de los resultados. El control de calidad implica casi siempre consultar las historias clínicas de los pacientes en los distintos centros sanitarios donde han sido diagnosticados y/o tratados.

El retraso entre la fecha del diagnóstico de cáncer del enfermo y la recogida de datos depende del número de enfermos con cáncer del área geográfica y de los recursos disponibles. Esta es la principal causa que explica el retraso de datos actualizados en cualquier registro de cáncer.

Algunas de las tareas de control de calidad que realiza un RCP son:

- Los casos de cáncer se detectan a partir de diferentes fuentes de información y deben contrastarse para evitar casos duplicados.
- Detectar posibles incoherencias en la información que proviene de distintas fuentes.
- Confirmar el diagnóstico de cáncer de cada enfermo mediante la lectura de los informes de anatomía patológica.
- Consultar el registro de mortalidad del área geográfica para detectar casos de muerte a causa del cáncer y que no han sido detectados previamente en algunos centros sanitarios. Estos casos requieren una segunda búsqueda más precisa para intentar verificar el caso.
- Buscar posibles centros sanitarios de referencia fuera del área estudiada que puedan atender a enfermos oncológicos.

CONFIDENCIALIDAD Y ASPECTOS LEGALES

La actividad de los Registros de Cáncer implica la recogida, almacenamiento y posterior utilización de información para su análisis o para la realización de estudios específicos. La identificación individual de cada paciente es un requisito básico e imprescindible para un RCP. Ello permite integrar la información de un mismo caso procedente de distintas fuentes, evitando así la inclusión de casos duplicados, y realizar el seguimiento de los pacientes.

Debido a que las bases de datos de los Registros de Cáncer contienen datos personales y, de manera muy especial, datos relativos a la salud, esta información se encuentra sometida a normas muy estrictas de acuerdo a la legislación actualmente vigente en España, así como en todo el ámbito europeo.

Inicialmente en nuestro país, la Ley Orgánica 5/1992, de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal (LORTAD), limitaba el uso de la informática para garantizar el derecho a la intimidad personal. En dicha ley se establecía la creación de la Agencia de Protección de Datos - cuya principal función es velar por el cumplimiento de la legislación sobre esta materia y controlar su aplicación- e impuso la obligación de registrar en ella los ficheros que contuviesen datos personales. En la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se ampliaba su cobertura, protegiendo los datos personales independientemente del soporte en el que se encontraran recogidos. Se establecían nuevas medidas de seguridad, limitaciones y derechos de las personas incluidas en los ficheros. Los datos relativos a la salud quedaban expresamente incluidos entre los especialmente protegidos por la ley.

Por otro lado, en los RCP hay una clara conciencia de que la información con la que se trabaja está generada en la práctica asistencial y, por tanto, sometida a las mismas normas de confidencialidad aplicables en las fuentes de las que procede. Los Registros, como depositarios de esa información, cedida a los mismos con fines estadísticos y de investigación, han de garantizar el cumplimiento de esas normas.

Asimismo, existe una inquietud en los Organismos Internacionales relacionados con la Investigación Epidemiológica en general, y de los Registros de Cáncer en particular, por establecer un equilibrio entre la protección de la intimidad de las personas y el desarrollo de la investigación. Un documento básico al respecto es "Guidelines on Confidentiality in Population-based Cancer Registration in the European Union", elaborado por la International Agency for Research on Cancer (IARC) en colaboración con la ENCR (European Network of Cancer Registries).

En los RCP, en síntesis, esta filosofía de mantenimiento de la confidencialidad de los datos registrados se debería materializar en términos de:

- Compromiso individual escrito de las personas que tienen acceso al Registro, a mantener la confidencialidad de los datos.
- Control de la información considerada confidencial mediante claves de acceso a los ordenadores, archivos cerrados y destrucción de material con identificación cuando ésta ha dejado de ser de utilidad.
- Acceso restringido al espacio físico del Registro de las personas ajenas al mismo.

- Cesión restringida de la información, facilitando sólo datos agregados que no permiten la identificación de los casos. Únicamente se facilitará información individualizada a la propia fuente informante.

Cada registro de cáncer además de su propio documento interno en cuanto a la protección de datos y mantenimiento de la confidencialidad, seguirá las normas correspondientes a la legislación vigente en su ámbito de acción.

BIBLIOGRAFÍA

- BOCCE 5315. Martes 19 de Noviembre de 2013
- <http://www.enccr.eu/>
- <http://www20.gencat.cat>
- <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/registro-poblacional-cancer/acceso-registro-poblacional-cancer>
- <http://cancergranada.org/es/index.cfm>
- El Control de Calidad en los Registros de Tumores Hospitalarios de la Comunidad de Madrid
- <http://www.iarc.fr/>
- <http://www.iacr.com.fr/>
- <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/npcr/value/registries.htm>
- Registros de Cáncer de Población. Carmen Martínez García y cols.
- <http://redecana.org>