

1 Introducción

- 1.1 CONCORD-2 establecerá la vigilancia global de la supervivencia del cáncer. Este anexo del protocolo principal, proporciona una descripción detallada de la información solicitada a cada registro. El anexo, ha sido sustancialmente modificado después del intercambio de opiniones entre los participantes a la primera reunión de trabajo de CONCORD en Cork, Irlanda, los días 20-21 de septiembre de 2012. Los participantes provenían de 48 diferentes países.
- 1.2 La información para el estudio CONCORD será remitida al "*Cancer Survival Group*" en la "*London School of Hygiene and Tropical Medicine*" en Londres. Esperamos recibir hasta 2.000 archivos. Alrededor de 200 registros de cáncer enviarán hasta 10 archivos de datos (uno por cada tipo de cáncer) por lo que es necesario contar con **reglas específicas sobre la estructura de las bases de datos para un manejo eficiente de esta información**. Este anexo describe dichas reglas.
- 1.3 En primer lugar, definimos 10 **localizaciones anatómicas de referencia**: Estómago, colon, recto, hígado, pulmón, mama (mujeres), cuello uterino, ovario y próstata, además de leucemia.
- 1.4 En segundo lugar, para simplificar, vamos a utilizar el término "**cáncer**" para referirnos a todos las neoplasias invasoras, malignas y primarias, incluyendo las neoplasias hematológicas.
- 1.5 **Cánceres de referencia** son aquellos que:
 - Ocurren en una misma **localización anatómica** (tumores primarios)
 - Han sido diagnosticados en personas con **residencia habitual** en el territorio cubierto por el registro
 - Han sido diagnosticados durante el **período** correspondiente a los datos facilitados por el registro.
- 1.6 La mayoría de los registros participantes proporcionará información sobre los 10 **tipos de cáncer de referencia**, pero esto no es un requisito para participar en CONCORD. Algunos registros especializados sólo registran ciertos tipos de cáncer (por ejemplo: mama, colorrectal, hematológicos, cáncer infantil). Algunos registros no cuentan con información de seguimiento de los pacientes para cada tipo de cancer que registra.
- 1.7 Nos centraremos en el análisis de supervivencia para los **cánceres de referencia** diagnosticados entre el **1 de enero 1995 y 31 diciembre 2009**. Está invitado a aportar toda la información disponible sobre dicho periodo, pero **no** es requisito imprescindible aportar información que cubra la totalidad del período 1995-2009. Algunos registros sólo comenzaron a funcionar después de 1995.
- 1.8 Sin embargo, cuando identifique la información que piense facilitar, debe asegurarse que:
(a) los datos de incidencia se consideren completos para los años presentados y (b) el seguimiento de todos los pacientes en cuanto a su estado vital se considere también completo, por lo menos hasta el 31 de diciembre del último año de incidencia y preferiblemente un año adicional. **Se puede admitir información reciente** si los datos están completos para el 2010 o un año después. Veamos los siguientes ejemplos:
 - Ejemplo (1): Datos de incidencia de 1995 a 2009, y seguimiento hasta 31 diciembre 2009
 - Ejemplo (2): Datos de incidencia de 1998 a 2007, y seguimiento hasta 31 diciembre 2008
 - Ejemplo (3): Datos de incidencia de 2000 a 2010, y seguimiento hasta 31 diciembre 2011
- 1.9 Algunos **registros de cáncer** abarcarán a toda la población nacional, mientras que otros sólo cubrirán parte de un país (estado, provincia, región, etc.)

- 1.10 Los análisis de supervivencia se centrarán en **adultos** (definidos como edad 15-99 años al momento del diagnóstico). También examinaremos la supervivencia de la leucemia linfocítica aguda en niños (0-14 años).
- 1.11 Si en el momento de facilitar la información su registro recoge datos sobre los tumores que son benignos (código de comportamiento (0), incierto (1) o *in situ* (2)), tales como los cánceres *in situ* del cuello del útero, por favor incluya los registros de todas las neoplasias diagnosticadas en las **localizaciones de referencia**. Esto permitirá la comparación de la intensidad de la actividad en diagnósticos entre los registros participantes (véase variable 22, el comportamiento, en la Sección 3). Tenga en cuenta, sin embargo, que **los análisis de supervivencia se limitan a tumores invasivos primarios (código de conducta 3)**.
- 1.12 Durante el período 1995-2009, la mayoría de los registros dejaron atrás las codificaciones CIE-9¹, CIE-10² or CIE-O-2³ y cambiaron a la CIE-O-3⁴ para codificar la localización, morfología y el comportamiento tumoral. En la reunión del grupo de trabajo de CONCORD en Cork en septiembre de 2012, se acordó utilizar CIE-O-3. Si sus datos no están codificados con la CIE-O-3, **por favor háganoslo saber** antes de facilitar la información.
- 1.13 Las fechas completas (día, mes y año) de nacimiento, diagnóstico y muerte son importantes para los análisis de supervivencia en el ámbito internacional. La evidencia y las razones para ello se explican en el reciente artículo⁵ que lo encuentra disponible en las páginas web de CONCORD. En la sección 3 de este documento se presenta un resumen de todas las variables relevantes para el estudio. Si no puede enviar de forma completa las fechas de nacimiento, diagnóstico y muerte, **por favor consútenoslo** antes de preparar los datos para su presentación. Es posible que podamos ayudarle en la obtención de la aprobación ética o, encontrar una solución alternativa.
- 1.14 **Todos los archivos de datos de cáncer deben tener la misma estructura.** Los detalles para cada variable se describen en las páginas siguientes. En primer lugar, tenga en cuenta los siguientes puntos generales que se aplican a la mayoría de las variables:
- En todos los archivos de datos se evaluará la adherencia al protocolo. Este es el primer paso de control de calidad. Las tablas de adherencia al protocolo serán enviadas inmediatamente después del envío de datos por parte del registro. Los archivos de datos que no cumplan el protocolo no serán utilizados. Si tiene alguna duda acerca de cómo construir los archivos de datos, **por favor consútenoslo** antes de enviarlos.
 - Cada neoplasia registrada **debe contener un valor para cada variable**, tanto para aquellas consideradas básicas, como para las variables opcionales (ver página 4):
 - Si no recogen datos para una variable en particular, deberá incluir esa variable en cada registro, independientemente de si se trata de una **variable central** o de una **variable opcional**. No deje la variable en blanco. Por ejemplo, si no recoge datos sobre raza / etnia (variable 8), debe asignar el valor 99 a la variable de cada registro (ver resumen en página 34).
 - Si *no dispone* de datos para una variable en un registro en particular debe incluir esa variable, sea **variable básica** o **variable opcional**. Asigne el valor de 9, 99 o 999, etc, dependiendo de cuantos dígitos se especifican para dicha variable (ver página 34). Por ejemplo, si un registro no contiene datos para la variable central "sexo", se debe asignar el valor 9 a esa variable en cada registro. No asigne un valor imputado.
 - Si *decide no suministrar* una variable opcional, debe incluir dicha variable en cada registro. No deje variables en blanco. Por ejemplo, si decide no suministrar las variables opcionales 23-37, sobre el estadio en el momento del diagnóstico, debe asignar el valor de 9, 99 o 999 (etc.) a dichas variables, dependiendo en la cantidad de dígitos especificados para cada variable (ver página 34).
 - Si en su registro es práctica habitual imputar valores que faltan (por ejemplo: mes del año) y algunas de las variables incluidas en la información que usted envía contienen

valores imputables, **por favor infórmenos**: *le solicitaremos una descripción* de los procedimientos de imputación.

- Si los registros de cada tumor en su base de datos incluyen un código especial ("*flag*") para indicar cuándo un valor perdido ha sido imputado, **por favor consúltenos** antes de enviar los datos. *Le solicitaremos una descripción* de cómo se ha generado cada "*flag*".
- Si ha modificado el esquema de codificación estándar (por ejemplo, la CIE-O-3) sumando códigos especiales para uso local en su registro, por favor recodifique sus datos usando la versión estándar antes de facilitar la información. Si tiene alguna duda acerca de la conversión apropiada, **por favor consúltenos**.
- Las variables sobre **el estadio al momento del diagnóstico** son opcionales, pero muchos registros que recogen estos datos han solicitado los análisis de supervivencia por estadio. La información sobre el estadio es solicitada sólo en aquellos casos diagnosticados desde el año 2001 en adelante. Por lo tanto, para los cánceres diagnosticados durante el período 1995-2000, las variables sobre estadio deben ser codificadas como 9, 99, etc. (ver página 34). La información sobre el estadio para el año 2000 o años anteriores no se incluirá en el control de calidad o análisis de supervivencia.

2 Nombres de las variables y breves descripciones

2.1 La secuencia de las variables que se deben utilizar en cada registro es la siguiente:

Variables básicas

Nombre	Breve descripción
VAR1	País
VAR2	Registro
VAR3	Código de persona
VAR4	Código de tumor
VAR5	IARC CHECK "flag"
VAR6	Sexo
VAR7	Región *
VAR8	Raza / etnicidad *
VAR9	Día de nacimiento
VAR10	Mes de nacimiento
VAR11	Año de nacimiento
VAR12	Día de diagnóstico
VAR13	Mes de diagnóstico
VAR14	Año de diagnóstico
VAR15	Último estado vital conocido
VAR16	Día del último estado vital conocido
VAR17	Mes del último estado vital conocido
VAR18	Año del último estado vital conocido
VAR19	Base diagnóstica
VAR20	CIE-O-3 Topografía
VAR21	CIE-O-3 Morfología
VAR22	Comportamiento

Variables opcionales

Nombre	Breve descripción
VAR23	SEER Summary Stage 2000
VAR24	T Patológica
VAR25	N Patológica
VAR26	M Patológica
VAR27	T Clínica
VAR28	N Clínica
VAR29	M Clínica
VAR30	T Condensada
VAR31	N Condensada
VAR32	M Condensada
VAR33	Estadio Dukes'
VAR34	Estadio FIGO
VAR35	Tamaño del tumor
VAR36	Nº de ganglios linfáticos examinados
VAR37	Nº de ganglios linfáticos afectados

* Si el registro no utiliza estas variables, consulte el párrafo 1.14 en la página 2-3

2.2 Los detalles del contenido y la codificación de cada variable se presentan en la Sección 3.

2.3 Abreviaturas

AJCC	American Joint Committee on Cancer
DCO	Death-certificate-only registration
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique; International Federation of Gynecology and Obstetrics
IARC	International Agency for Research on Cancer (WHO)
ICCC	International Classification of Childhood Cancers
ICD	International Classification of Diseases (WHO)
ICD-O	International Classification of Diseases for Oncology (WHO)
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries
SEER	Surveillance, Epidemiology and End Results programme (US National Cancer Institute)
TNM	Tumour Nodes Metastasis (UICC)
UICC	Union for International Cancer Control

3 Descripción de las variables

Variable 1 País

Variable numérica, cuatro dígitos.

El valor de esta variable se asigna de manera centralizada (ver tabla a continuación). Cuenta con un código de un dígito para el continente seguido por el código de la ONU de 3 dígitos para cada país. El código de 4 dígitos para su país se debe incluir en el registro de cada tumor (ver tabla a continuación).

Los nombres que se muestran en la tabla para cada país, son principalmente los nombres en inglés relacionados con el código de la ONU. Hemos acortado algunos de los nombres de los países para una mayor conveniencia: esto no conlleva ningún significado político.

AFRICA	Eastern Africa		North America		Northern Europe
2404	Kenya	1124	Canada	4208	Denmark
2480	Mauritius	1840	United States of America	4233	Estonia
2638	Réunion			4246	Finland
2800	Uganda		ASIA	4352	Iceland
2716	Zimbabwe		Eastern Asia	4372	Ireland
	Northern Africa	3156	China	4428	Latvia
2012	Algeria	3344	China, Hong Kong SAR	4440	Lithuania
2818	Egypt	3392	Japan	4578	Norway
2434	Libya	3410	Korea	4752	Sweden
2504	Morocco	3158	Taiwan	4826	United Kingdom
2788	Tunisia		Southern Asia		Southern Europe
	Southern Africa	3356	India	4191	Croatia
2710	South Africa	3364	Iran	4292	Gibraltar
	Western Africa	3586	Pakistan	4380	Italy
2270	Gambia		South-Eastern Asia	4470	Malta
2288	Ghana	3360	Indonesia	4620	Portugal
2466	Mali	3458	Malaysia	4705	Slovenia
2566	Nigeria	3608	Philippines	4724	Spain
		3702	Singapore		Western Europe
		3764	Thailand	4040	Austria
AMERICAS	Caribbean		Western Asia	4056	Belgium
5192	Cuba	3196	Cyprus	4250	France
5312	Guadeloupe	3368	Iraq	4276	Germany
5474	Martinique	3376	Israel	4528	Netherlands
5630	Puerto Rico	3400	Jordan	4756	Switzerland
	Central America	3414	Kuwait		
5188	Costa Rica	3634	Qatar		
5484	Mexico	3792	Turkey	OCEANIA	Australia and New Zealand
	South America			9036	Australia
5032	Argentina		EUROPE	9554	New Zealand
5076	Brazil		Eastern Europe		Melanesia
5152	Chile	4100	Bulgaria	9540	New Caledonia
5170	Colombia	4203	Czech Republic		Micronesia
5218	Ecuador	4348	Hungary	9316	Guam
5604	Peru	4616	Poland		Polynesia
5858	Uruguay	4642	Romania	9258	French Polynesia
		4643	Russian Federation		
		4703	Slovakia		

Si su país no aparece en la lista, póngase en contacto con nosotros para recibir asesoría.

Como referencia, los códigos de país se encuentran en la siguiente página web de las Naciones Unidas, 31 de octubre de 2012: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>

Variable 2 Registro

Variable numérica; de uno a tres dígitos (rango 1-950).

Nosotros le proporcionaremos el código de su registro antes de preparar los datos. El código para el registro debe incluirse como variable 2 en el registro de cada tumor.

Junto con el código del país (variable 1), esta variable se utilizará para vincular el archivo de datos con las tablas de vida pertinentes durante el análisis de supervivencia.

Variable 3 Código de persona

Variable numérica, hasta 15 dígitos, **o**
Variable alfanumérica, hasta 15 caracteres.

Si el código de persona en su registro es numérico, no debe presentar "ceros" a la izquierda. Por ejemplo, si el **código de persona** tiene nueve dígitos, lo presentará como un número de nueve dígitos (por ejemplo, 123456789), y no como 000000123456789 (15 caracteres).

Este es un código único que se utiliza en su registro de cáncer para referirse a cada paciente con cáncer registrado.

El código de persona puede ser cualquier cadena única de caracteres, pero no el nombre de la persona, número nacional de identidad, número de seguro social o cualquier otro código similar reconocible. El código de persona se debe incluir en el registro de cada tumor, para que permita su verificación en caso de que se identifiquen posibles errores durante el control de calidad.

El mismo código de persona debe ser incluido en cada uno de los registros tumorales de una misma persona que sean aportados al estudio. Junto con el código del tumor (variable 4), esta variable proporciona una identificación única para cada tumor incluido en el estudio, para los fines de control de calidad, pero sin comprometer la confidencialidad del paciente.

Nota: Existen registros de cáncer que no suelen utilizar un código de persona. Estos registros necesitarán crear un código único para cada persona incluido en sus archivos de datos. El código será utilizado para identificar a los pacientes con más de un cáncer de referencia. También permitirá al registro identificar todos los tumores de una misma persona en el caso en el que se identificaran posibles errores durante el control de calidad. Si tiene alguna duda sobre el procedimiento adecuado, **por favor consúltelo con nosotros.**

Variable 4 Código del tumor

Variable numérica, hasta diez dígitos, **o**
Variable alfanumérica, hasta diez caracteres.

Si los códigos de tumor en su registro son numéricos, no deben presentar ceros a la izquierda. Por ejemplo, si su código de tumor tiene seis dígitos, preséntelo como un número de seis dígitos (por ejemplo, 123456), y no como 0000123456 (10 caracteres).

Este es el código utilizado para identificar a cada tumor incluido en el registro de cáncer. Junto con el código persona (variable 3), ésta variable permitirá identificar las personas con más de un cáncer de referencia.

Los principales análisis de supervivencia incluirán todas las neoplasias malignas invasoras primarias en una localización de referencia para los pacientes diagnosticados durante el período 1995-2009 (o el período para el cual el registro ofrece datos - véase el apartado 1.8 en la página 1).

Si su registro ha proporcionado información sobre todos los pacientes diagnosticados durante 1995-2009, un paciente con un cáncer invasivo primario de la mama diagnosticado en 2000, que posteriormente fue diagnosticado con otro cáncer primario en el colon en 2005, será por tanto, incluido en el análisis de supervivencia para cada uno de estos tipos de cáncer.

Variable 5 IARC CHECK “Flag”

Variable numérica, un dígito.

Utilizaremos esta variable para evitar enviarle peticiones de verificación de registros de tumores que ya han sido previamente verificados y, si hubiese sido necesario, corregidos (códigos 2, 3 o 4).

Código Significado

- 1 = Registro de tumor que no se ha sido verificado con IARC CHECK
- 2 = Registro de tumor que ha sido verificado con IARC CHECK: sin errores o advertencias
- 3 = Registro de tumor que ha sido verificado con IARC CHECK: cualquier error(es) o advertencia(s) han sido corregidos
- 4 = Registro de tumor que ha sido verificado con IARC CHECK: ningún cambio realizado después de verificar con el registro que el registro original es correcto.
- 9 = Esta variable no se proporcionará

Si no puede proporcionar el IARC CHECK “flag”, **asigne por favor el código 9 a esta variable** en cada uno de los registros de tumores.

Variable 6 Sexo

Variable numérica, un dígito.

Código	Significado
1	= Masculino
2	= Femenino
9	= Sexo es ambiguo, o sexo desconocido

Por favor, no excluya ningún registro de su base de datos basándose en esta variable, incluso si el sexo del paciente no se conoce.

Variable 7 Región

Variable numérica, hasta cinco dígitos.

En algunos casos, puede ser posible estimar la supervivencia en áreas geográficas dentro del territorio que cubre su registro. Por ejemplo, si su registro tiene cobertura nacional, este tipo de análisis podría ser para las regiones (por ejemplo, provincias, estados, etc) dentro de su país. Alternativamente, si su registro abarca una provincia o estado, este tipo de análisis podría ser para regiones más pequeñas (por ejemplo, los condados) dentro de su territorio.

Las categorías para la región geográfica serán diferentes para cada registro que suministra esta variable.

Si desea obtener este tipo de análisis, usted tendrá que incluir un código geográfico adecuado en cada uno de los registros de tumorales.

Usted también tendrá que identificar para nosotros la región (provincia, estado, condado, etc) que corresponde a cada código geográfico.

Por ejemplo, los condados dentro de algunos estados de EE.UU. son una variable geográfica de interés:

Código Significado

21001 = Kentucky, Adair

21003 = Kentucky, Allen

21005 = Kentucky, Anderson

21007 = Kentucky, Ballard

21009 = Kentucky, Barren

21011 = Kentucky, Bath

21 ... = Kentucky, ...

99999 = Región no identificada o no suministrará esta variable

También tendremos que construir tablas de vida apropiadas para cada región geográfica (provincia, estado, etc.) para las que se desea obtener estimaciones de supervivencia por separado (véase el anexo 6: Las tablas de vida).

Si usted decide no suministrar esta variable, **asigne el código 99999 para esta variable** en cada registro tumoral.

Variable 8 Raza / etnia

Variable numérica, uno o dos dígitos.

En algunos casos, puede ser posible estimar la supervivencia por separado para cada raza/origen étnico dentro de una población. Los registros de cáncer en algunos países recogen información sobre la raza y/o etnia (EE.UU.), raza (Australia, Israel y Singapur), etnia (Nueva Zelanda, Reino Unido) o nacionalidad (Dubai, Kuwait).

Por el contrario, la mayoría de los registros europeos no registran información sobre la raza o el origen étnico. En algunos países, es ilegal hacerlo.

Las categorías de raza/etnia serán diferentes para cada registro que proporciona esta variable.

Si desea obtener este tipo de análisis, se tendrá que incluir un código adecuado para la raza/etnicidad en cada uno de los registros de tumor.

Usted también tendrá que identificar para nosotros la raza o grupo étnico que corresponde a cada código.

El ejemplo aquí mostrado corresponde a los EE.UU.:

Código	Significado
1	= Blanco, Hispano
2	= Blanco, No-Hispano
3	= Blanco, estado Hispánico desconocido
4	= Negro, Hispano
5	= Negro, No-Hispano
6	= Negro, se desconoce su estado Hispano
7	= Asiático o isleño del Pacífico, Hispano
8	= Asiático o isleño del Pacífico, No-Hispano
9	= Asiático o isleño del Pacífico, se desconoce su estado Hispano
10	= Indio Americano / Nativo de Alaska, Hispano
11	= Indio Americano / Nativo de Alaska, No-Hispano
12	= Indio Americano / Nativo de Alaska se desconoce su estado Hispano
13	= Otra raza, no especificado o desconocido, Hispano
14	= Otra raza, no especificado o desconocido, No-Hispano
15	= Otra raza, no especificado o desconocido, se desconoce su estado Hispano
99	= Desconocido o que falta, o variable no suministrada

Ésta, como cualquier otra agrupación de raza/etnicidad, puede ser utilizada una vez que se consulte con cada registro interesado en este tipo de análisis. Sin embargo, el grado de confianza con la que las tablas de vida puedan ser construidas para cada grupo étnico puede limitar el alcance de dichos análisis.

Si desea análisis de supervivencia de la raza o el origen étnico, necesitaremos también construir tablas de vida apropiadas para cada raza/etnicidad: véase el Anexo 6: Tablas de vida.

Si su registro no recoge datos sobre raza/etnicidad o su registro decide no suministrar esa información por favor **asigne el código 99 para esta variable** en cada registro de tumor.

Variables 9-11 Fecha de nacimiento

Una fecha de nacimiento completa y exacta es importante porque se utiliza para calcular la edad exacta al momento del diagnóstico. Ésta se utiliza para determinar el grupo de edad (en el momento del diagnóstico) al que los pacientes son asignados para las estimaciones de supervivencia específicas por edad y, posteriormente para las estimaciones de supervivencia ajustada por edad. La fecha de nacimiento también se utiliza para calcular la edad exacta en el momento de la defunción, logrando de tal manera seleccionar de las tablas de vida y la tasa de mortalidad global que se aplicará para el cálculo de la supervivencia esperada.

Algunos registros de cáncer no capturan la fecha completa de nacimiento. En la mayoría de registros se anota la fecha completa de nacimiento sin embargo, algunos registros pueden afrontar inconvenientes de diversa índole (legal, ética o normativa) al facilitar dicha información a investigadores externos.

En el protocolo principal se ofrece una breve explicación del por qué son importantes las fechas completas. Hemos publicado un artículo revisado por colegas investigadores que plantea el argumento en detalle, soportado con evidencia empírica.⁵ El artículo muestra las dificultades que surgen durante el control de calidad cuando no se obtienen las fechas completas y, más importante aún, los sesgos que surgen al estimar la supervivencia y al realizar comparaciones de supervivencia. Las conclusiones se basan en los análisis de sensibilidad con una extensa base de datos. El artículo es accesible (con su nombre de usuario y contraseña) en la página web de [CONCORD](#).

La preparación y análisis de los datos se llevarán a cabo en la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM). El *Cancer Survival Group* de la LSHTM ha adquirido tanto aprobaciones legales como éticas de los órganos competentes en el Reino Unido para recibir y analizar los registros individuales de tumores con las fechas completas (día, mes y año) de nacimiento, diagnóstico y muerte para el estudio CONCORD-2 (**Anexo 12.1: Aprobación legal, Anexo 12.2: La aprobación ética**).

Variable 9 Día de nacimiento

Variable numérica, uno o dos dígitos.

1-31 = día de nacimiento

99 = día de nacimiento de este paciente no se conoce

Nota: por favor díganos si el día de la fecha de nacimiento no puede ser facilitado para ningún paciente.

Nota: por favor lea los comentarios a continuación (variables 12-14) acerca de la imputación de fechas.

Variable 10 Mes de nacimiento

Variable numérica, uno o dos dígitos.

1-12 = mes de nacimiento

99 = mes de nacimiento de este paciente no se conoce

Nota: por favor indique si el mes de la fecha de nacimiento no puede ser facilitado para ningún paciente

Nota: por favor lea los comentarios a continuación (variables 12-14) acerca de la imputación de fechas.

Variable 11 Año de nacimiento

Variable numérica, cuatro dígitos.

YYYY = año de nacimiento, a partir de 1895 (persona diagnosticada en 1995, 99 años de edad) hasta la actualidad

9999 = el año de nacimiento de este paciente es desconocido

Variables 12-14 Fecha del diagnóstico

La fecha de diagnóstico debe ser la fecha utilizada por el registro para la incidencia o la supervivencia del cáncer.

Una fecha de diagnóstico completa y exacta es importante porque es el punto de partida de la supervivencia.

Pocos registros de cáncer registran sólo el mes y año de diagnóstico. Otros registros empezaron a registrar la fecha completa de diagnóstico sólo desde 1995.

En el protocolo principal se ofrece una breve explicación del por qué son importantes las fechas completas. Hemos publicado un artículo revisado por colegas investigadores que plantea el argumento con detalle y ratificado con evidencia empírica.⁵ El artículo muestra las dificultades que surgen en el control de calidad cuando no se obtienen las fechas completas y, más importante aún, los sesgos que surgen durante la estimación de la supervivencia y las comparaciones de supervivencia. Las conclusiones se basan en los análisis de sensibilidad con una extensa base de datos. El artículo es accesible (con su nombre de usuario y contraseña) en la página web de [CONCORD](#).

Algunos registros anotan rutinariamente más de una posible fecha de diagnóstico (por ejemplo, fecha de ingreso, fecha de la biopsia, fecha de la cirugía, etc.) Antes de proporcionar sus datos a CONCORD, tendrá que responder al cuestionario de registro de cáncer sobre las prácticas de codificación en su registro (anexo 15). Éste incluye información acerca de las reglas que se utilizan para seleccionar la fecha de diagnóstico a partir de dos o más fechas posibles.

Les solicitamos encarecidamente no imputar los componentes que falten de cualquier fecha durante la preparación de los datos que suministrarán. Sin embargo, si el día y/o el mes de la fecha de diagnóstico para algunos tumores ya han sido imputados:

- **Por favor facilítenos** las reglas utilizadas para imputar el día y/o el mes de cualquier fecha
- Si habitualmente añade una "flag" a los registros de tumores para mostrar cuando el día y/o el mes de la fecha en el que se ha imputado, **por favor consúltenos** antes de enviar los datos.

Variable 12 Día del diagnóstico

Variable numérica, uno o dos dígitos.

1-31 = día de la fecha de diagnóstico

99 = día de la fecha de diagnóstico de este paciente es desconocida

Nota: por favor indique si el día de la fecha de diagnóstico no puede ser facilitado para ninguno de sus pacientes

Variable 13 Mes del diagnóstico

Variable numérica, uno o dos dígitos.

1-12 = mes de la fecha de diagnóstico

99 = mes de la fecha de diagnóstico de este paciente es desconocido

Nota: por favor indique si el mes de la fecha de diagnóstico no puede ser facilitado para ninguno de sus pacientes

Variable 14 Año del diagnóstico

Variable numérica, cuatro dígitos.

YYYY = año de diagnóstico, a partir de 1995

9999 = el año de diagnóstico de este paciente es desconocido

Variable 15 Último estado vital conocido

Variable numérica, un dígito.

Esta variable codifica el **último estado vital conocido** de cada paciente, en la medida que sea conocido por el **registro de cáncer**. La **fecha** del **último estado vital conocido** de cada paciente se registra en las variables 16-18.

Código	Significado
1	= Vivo
2	= Fallecido
3	= Perdido en el seguimiento
9	= Estado vital es desconocido

La información sobre el estado vital se recoge de manera convencional utilizando procedimientos tanto "activos" como "pasivos" que discutiremos a continuación. Algunos registros utilizan los dos. Antes de facilitar un archivo de datos a CONCORD, **usted tendrá que completar el cuestionario del registro de cáncer (Anexo 15)** acerca de las prácticas rutinarias en su registro. Si usted tiene alguna duda sobre que procedimiento se utiliza en su registro para el seguimiento de individuos, **por favor contáctenos** antes de preparar los datos.

Seguimiento "Activo"

El seguimiento activo se refiere a la situación en la que el registro de cáncer busca activamente información sobre el estado vital de cada paciente con cáncer de forma regular, por ejemplo: del médico del paciente, del hospital, o incluso de visitas a domicilio.

Si su registro utiliza este enfoque, entonces usted debe utilizar el código "3" para los pacientes cuyo estado vital (vivo o fallecido) no se pudo determinar durante la última verificación del estado vital: estos pacientes son pérdidas durante el seguimiento. La última fecha **en la que se supo que estaban con vida** se debe dar en las variables de 16-18.

El código "3" debe utilizarse en pacientes que se sabe que han emigrado, ya que también son pérdidas durante el seguimiento: *la fecha de la emigración* se debe dar en las variables de 16-18.

Seguimiento "Pasivo"

Seguimiento pasivo se refiere a la situación en la que el registro de cáncer recibe rutinariamente información de una o más fuentes fiables sobre el estado vital de los pacientes registrados. Éstas fuentes varían ampliamente entre los registros, pero pueden incluir la seguridad social, los archivos de seguro médico, o un índice regional o nacional de las personas que han fallecido. La información puede provenir de varias fuentes, tales como cruce y enlace por computadora con la base de datos del registro, búsqueda manual en el índice de defunciones o información detallada acerca de todos los fallecimientos en el territorio del registro.

Las principales características del seguimiento pasivo que permiten las comparaciones internacionales de supervivencia son las siguientes:

- el registro utiliza este enfoque para actualizar sus propios datos para los análisis locales de supervivencia,
- los procedimientos del registro identifican con fidelidad **todas las defunciones de pacientes con cáncer registrados y no sólo las muertes donde el cáncer se menciona en el certificado de defunción**, y
- el registro asume de manera fidedigna que los pacientes de cáncer registrados se encuentran vivos, a menos que la información acerca del fallecimiento de un paciente haya sido recibida de una o varias fuentes.

Si su registro utiliza el seguimiento pasivo, normalmente se asume que los pacientes que se desconoce si han fallecido, se encuentran vivos en la fecha de cruce y enlace más reciente entre el registro y el listado de defunciones u otros listados de estado vitales. El estado vital de los pacientes será codificado como "1" (vivo).

Sin embargo, si algunos pacientes no pueden ser rastreados por ningún procedimiento pasivo de seguimiento, su estado vital puede permanecer indeterminado: entonces será codificado como "9" (desconocido).

Al enviar sus datos, le pediremos que nos diga la última fecha en la que realizó el cruce y enlace u otro tipo de seguimiento para determinar el estado vital de sus pacientes.

Variables 16-18 Fecha del último estado vital conocido

Esta es la fecha más reciente que se tiene sobre el **último estado vital conocido** del paciente (variable 15).

Si el paciente ha fallecido, **la fecha del último estado vital conocido** debe ser la fecha de la defunción.

Si se sabe que el paciente ha fallecido (variable 15 se codifica como "2"), pero la fecha de la defunción no se conoce, **la fecha del último estado vital conocido** debe ser codificada de la siguiente manera: 99,99,9999 (ver página 34).

Si el paciente ha emigrado, **la fecha del último estado vital conocido** debe ser la fecha de la emigración.

Si se ha perdido el estatus del paciente durante el seguimiento, **la fecha del último estado vital conocido** debe ser la fecha de la pérdida del seguimiento.

Si el paciente es considerado como vivo, pero no como emigrante o como pérdida del seguimiento, la fecha del último estado vital conocido debe ser uno de los siguientes:

- 31 de diciembre del último año en el que se piensa que el seguimiento de todos los pacientes se considera completo
- la fecha en la que el registro verificó por última vez el estado vital del paciente, por ejemplo, contacto con el médico del paciente, o una visita a domicilio (para los registros que llevan a cabo un seguimiento activo), o el cruce o enlace con un listado de defunciones (para los registros que realizan seguimiento pasivo) (véase la variable 15), y
- la fecha en la que el registro extrajo la base de datos para someterla a este estudio (CONCORD)

Variable 16 Día del último estado vital conocido

Variable numérica, uno o dos dígitos.

- 1-31 = día de la fecha del último estado vital conocido
- 99 = día de la fecha del último estado vital conocido es desconocido

Nota: por favor díganos si el último día del estado vital conocido no puede ser proporcionado para ninguno de sus pacientes.

Nota: véanse los comentarios anteriores (variables 12-14) acerca de la imputación de las fechas.

Variable 17 Mes del último estado vital conocido

Variable numérica, uno o dos dígitos.

- 1-12 = mes de la fecha del último estado vital conocido
- 99 = mes de esta fecha es desconocido

Nota: por favor díganos si el último mes del estado vital conocido no puede ser proporcionado para ninguno de sus pacientes.

Nota: véanse los comentarios anteriores (variables 12-14) acerca de la imputación de las fechas.

Variable 18 Año del último estado vital conocido

Variable numérica, cuatro dígitos.

- YYYY = año de la fecha del último estado vital conocido, a partir de 1995
- 9999 = año de esta fecha es desconocido

Variable 19 Base diagnóstica

Variable numérica, un dígito.

Esta variable indica el grado de certeza con el que se ha establecido el diagnóstico de cáncer en el contexto específico del análisis de supervivencia:

Código Significado

Sin verificación microscópica

- 1 = Diagnóstico clínico **únicamente**
- 2 = Investigación clínica sin un diagnóstico histológico (por ejemplo, endoscopia sin biopsia, o imágenes como rayos X, ultrasonido, tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [MRI])
- 3 = Diagnóstico clínico, no especificado [es decir, no se sabe si el código "1" o "2" se puede aplicar]

Con verificación microscópica

- 4 = Citológicamente confirmado (incluye análisis de frotis de sangre para la leucemia)
- 5 = Histológicamente confirmado (incluye biopsia de médula ósea para la leucemia)
- 6 = Microscópicamente verificado, no especificado [es decir, no se sabe si el código "4" o "5" se puede aplicar]

Evidencia de cáncer no incluye la fecha de diagnóstico

- 7 = Registro mediante Certificado de Defunción (DCO) **[ver nota]**
- 8 = Malignidad detectada sólo en la autopsia **[ver nota]**

No hay información

- 9 = Desconocido

Nota:

Los cánceres registrados **únicamente** sobre la base de un certificado de defunción (código 7) o autopsia (código 8) generalmente se incluyen en las estadísticas de *incidencia* de cáncer en el año en el que estén registrados.

Sin embargo, para los casos DCO y los detectados-por-autopsia la verdadera fecha de diagnóstico y de duración de la supervivencia es desconocida. Por lo tanto, no se puede incluir en análisis de *supervivencia*. Algunos registros de cáncer deciden no incluir los DCOs o cánceres detectados por autopsia.

Si su registro de cáncer **registró** este tipo de casos durante el período en el que va a facilitar los datos al estudio, **usted debe** incluirlos **con el propósito de permitir un control de calidad comparativo**.

Variable 20 Topografía CIE-O-3

Variable alfanumérica, cuatro caracteres.

La localización del tumor (topografía) debe ser codificada siguiendo la tercera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-O-3)⁴.

Por favor incluya el código CIE-0-3 de 4 caracteres **sin el punto decimal** ("."). Por tanto, el cáncer de hígado será C220 o C221 y el cáncer de próstata será C619. Con esta pequeña modificación, la localización anatómica de **los cánceres de índice** se codifica como:

Cáncer de estómago: C160-C166, C168-C169

Cáncer de colon: C180-C189, C199

Cáncer de recto: C209, C210 - C212, C218
Nota: incluye ano y canal anal, C210-C218.

Cáncer de hígado: C220-C221
Nota: incluye conductos biliares intrahepáticos, C221.

Cáncer de pulmón: C340-C343, C348-C349
Nota: tráquea (CIE-O-3 C339) no se incluye en este estudio.

Cáncer de mama: C500-C506; C508-C509

Cáncer cervical: C530-C531; C538-C539

Cáncer de ovario: C480-C482; C569; C570-C574; C577- C579
Nota: incluye peritoneo y retroperitoneo, C480-C482, donde los cánceres con morfología serosa de alto grado frecuentemente se originan en la trompa de falopio, C570
Nota: incluye otros y los órganos genitales femeninos no especificados, C577-C579.

Cáncer de próstata: C619

Leucemia: Debe seleccionar **leucemias** para su base de datos **basándose en su código de morfología (variable 21), y no** basándose en su código topográfico. Se puede utilizar cualquier código topográfico válido CIE-O-3, pero sin el punto decimal ("."), tal como se especificó anteriormente.

Variable 21 Morfología CIE-O-3

Variable numérica, cuatro dígitos.

La morfología del tumor debe ser codificada de acuerdo a la tercera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-3)⁴.

Para los tumores confirmados microscópicamente, el rango de códigos de morfología en la CIE-O-3 es la siguiente:

8000-9989

Para neoplasias hematológicas, el rango de códigos de morfología en la CIE-O-3 es la siguiente:

9590-9989

Este rango de códigos de morfología se debe utilizar para seleccionar todas las leucemias y otras enfermedades malignas hematológicas, incluyendo los linfomas. Esta gama de códigos es la misma para niños y adultos.

La leucemia es el único **cáncer de referencia** para el cual se debe utilizar el código de morfología de la CIE-O-3 al seleccionar casos para el suministro de datos: todo registro de tumor con un código morfológico CIE-O-3 en el rango de 9590-9989 debe ser incluido. Los otros nueve tipos de cáncer deben ser seleccionados sobre la base de la topografía, código CIE-O-3 (variable 20).

La selección y agrupación de las leucemias en adultos para los análisis de supervivencia se basará en las categorías establecidas por el grupo de hematólogos, patólogos y epidemiólogos en el grupo de trabajo HAEMACARE⁶⁻⁸. El manual HAEMACARE para la codificación y presentación de informes de neoplasias hematológicas existe en inglés⁹ y castellano¹⁰ (se encuentra accesible, con su nombre e usuario y contraseña, en la página web de [CONCORD](#)).

De acuerdo con la tercera revisión de la Clasificación Internacional del Cáncer Infantil¹¹ (ICCC-3), las leucemias infantiles se agruparán de manera distinta que en adultos. Las agrupaciones presentes en la ICC-3 se basan en códigos morfológicos CIE-O-3.

Para los tumores sólidos sin verificación microscópica, se debe utilizar:

9999 Este código significa la ausencia de datos en el estudio CONCORD, y **NO** corresponde a un código CIE-O-3.

Nota: este código sólo es válido para los tumores sólidos, no leucemias. Las leucemias **se definen por su morfología**, por lo que deben tener un código de morfología en el rango de 9590-9989.

Variable 22 Comportamiento

Variable numérica, un dígito.

Los análisis de supervivencia sólo incluirán tumores malignos invasivos primarios. Sin embargo, también se reportará *la distribución del comportamiento del tumor* para cada cáncer. Esto permitirá la comparación de la intensidad de la actividad de diagnóstico entre áreas que contribuyen al estudio, por ejemplo: la proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que fueron registradas con carcinoma *in situ*.

Por tanto, si su registro recoge información sobre tumores que son benignos (código de comportamiento 0), de comportamiento incierto (1) o *in situ* (2), tal como en el carcinoma *in situ* del cuello del útero, por favor incluya al momento del envío de su información, los registros de todas las neoplasias (códigos de conducta 0-3) diagnosticadas en cada una de las localizaciones de referencia.

Por favor, no elija tumores en sus bases de datos basándose en el comportamiento del tumor.

El comportamiento del tumor debe ser codificado de acuerdo con la tercera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-3). La codificación del comportamiento tumoral ha sido la misma en todas las revisiones de la CIE-O.

Código Significado

- 0 = Benigno
- 1 = Incierto si es benigno o maligno
- 2 = Carcinoma *in situ*
- 3 = Maligno, localización primaria

Los siguientes códigos de comportamiento del tumor también se incluyen en la CIE-O-3, pero no suelen ser utilizados por los registros de cáncer; aquí los mencionamos para su información.

En el caso de que sus datos **SI** incluyan los códigos de comportamiento 6 y 9, **por favor no los recodifique** antes de enviarnos sus datos. En su lugar, por favor envíenos una descripción de cómo los códigos han sido utilizados en sus bases de datos:

Código Significado

- 6 = maligno, localización metastásica
- 9 = maligno, sin saber si la localización es primaria o metastásica

El suministro de datos sobre estadio al momento del diagnóstico (variables 23-37) es opcional.

"Estadio del tumor" describe hasta qué punto el cáncer se ha diseminado en el momento del diagnóstico. Se trata de un factor determinante de la supervivencia (factor pronóstico). El conocimiento del estadio en el diagnóstico de pacientes con cáncer es cada vez más importante para interpretar las comparaciones internacionales de supervivencia.¹²⁻¹⁶ Siempre que sea posible, realizaremos los análisis de supervivencia en relación al estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Entre los registros que recojen datos sobre estadio, al menos para los años más recientes, es usual la disponibilidad de información aceptable de calidad para la mayoría de los 10 **cánceres de referencia**.

Si su registro no recoge ningún dato sobre el estadio del tumor, se debe asignar el código 9, 99 o 999 (etc.) a todas las variables sobre estadio (variables 23-37) en todos los registros tumorales (vea la lista en la página 34). **Sin embargo, usted debe asegurarse de que sus bases de datos cumplan con la especificación general**, que se resume en la página 34 de este anexo!

Si su registro **recoge datos sobre estadio**, pero decide **no** suministrar datos para una o más variables sobre estadio, asigne el código 9, 99 o 999 (etc.) a las variables en cada registro de tumor dependiendo del número de dígitos asignados para cada una de estas variables (véase la lista en la página 34).

Si **envía** datos sobre el estadio, por favor, proporcione los datos sobre estadio **sólo para los pacientes diagnosticados a partir del 1 de enero de 2001**. Para los pacientes diagnosticados antes de 2001, por favor, asigne los códigos de 9, 99 o 999 (etc.) para todas las variables de estadio (variables 23-37) en el registro de cada tumor dependiendo del número de dígitos asignados para cada una de estas variables (véase la lista en la página 34). Los datos sobre el estadio en el momento del diagnóstico para los pacientes diagnosticados antes de 2001 no se incluirán en el control de calidad o análisis de supervivencia.

Se utilizan muchos esquemas de codificación diferentes para clasificar el estadio del tumor en registros de todo el mundo.¹⁷

Vamos a tratar de obtener datos, **al menos sobre una de las siguiente clasificaciones** más usadas para determinar el estadio del tumor (detalles en las páginas 22 a 32), permitiendo el análisis de la supervivencia según el estadio al momento del diagnóstico:

SEER Estadio abreviado 2000
TNM (tanto patológica y clínica)
TNM condensado
Estadifo Dukes (colon y recto)

Estadio FIGO (cuello del útero y ovario)
Tamaño del tumor
Nº de ganglios linfáticos examinados
Nº de ganglios linfáticos positivos para el tumor

Si desea proporcionar datos sobre el estadio en el momento del diagnóstico, pero éstos no están codificados ya sea por TNM séptima edición o por cualquiera de las otras clasificaciones específicas en esta lista, **por favor contáctenos antes de enviar los datos**.

Variable numérica, un dígito.

El “SEER Summary Stage 2000”, es una categorización sencilla del estadio tumoral desarrollada por el programa del *US National Cancer Institute’s Surveillance, Epidemiology and End Results*. La Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer utiliza el “SEER Summary Stage 2000”¹⁸ (<http://seer.cancer.gov/tools/ssm/>). Hemos transcrito parte de su introducción aquí. Esta clasificación se utiliza en los EE.UU. y Canadá desde el 1 de enero de 2001.

El “SEER Summary Stage” es la forma básica de categorizar hasta qué punto el cáncer se ha diseminado desde su localización de origen. Esta clasificación utiliza toda la información disponible en el expediente médico; consiste en **una combinación de pruebas más precisas tanto clínicas como patológicas de la extensión de la enfermedad**. Muchos registros de cáncer de base poblacional reportan el “Summary Stage” para sus casos registrados, porque sus categorías de clasificación son suficientemente amplias y facilitan la medición de los avances en el control del cáncer.

Esperamos que los registros de América del Norte suministren el “SEER Summary Stage 2000” codificado directamente para los casos diagnosticados en 2001-2003. Para los casos diagnosticados a partir del 2004 se espera que esta codificación se derive directamente del sistema “Collaborative Stage” (<http://seer.cancer.gov/tools/collabstaging>). Si su registro tiene previsto suministrar el “SEER Summary Stage 2000” de una manera diferente, **le pedimos que nos informe** sobre los procedimientos que ha utilizado. La comparación en el tiempo de estos sistemas para determinar el estadio, se explica en la siguiente página web: http://seer.cancer.gov/seerstat/variables/seer/yr1973_2009/lrd_stage/index.html

La diseminación regional de la enfermedad se clasifica en varias categorías, según la forma como se disemine el cáncer:

Código Significado

- 0 = *In situ*
- 1 = Localizado, sin diseminación
- 2 = Diseminación regional **exclusivamente** por extensión directa
- 3 = Compromiso **exclusivo** de los ganglios linfáticos regionales
- 4 = Diseminación regional por extensión directa **y** compromiso de ganglios linfáticos
- 5 = Regional, NOS (no especificado) - utilice este código si hay diseminación regional del cáncer, pero **la ruta de propagación no se conoce**
- 7 = Compromiso de sitio(s) o ganglio(s) distante(s)
- 9 = Se desconoce si hay invasión o metástasis (no escenificado, desconocido o no especificado), **o**
 éste es un caso clasificado exclusivamente como **certificado de defunción o**
 éste es un caso clasificado exclusivamente como **autopsia**.

Estadio TNM (variables 24-29)

Opcional

La clasificación Tumor-Ganglios-Metástasis (TNM) del estadio al momento del diagnóstico utiliza una combinación de pruebas clínicas y patológicas, similar al SEER Estadio Abreviado 2000.

La clasificación TNM es publicada por la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC). Nosotros vamos a utilizar la 7ª edición del manual TNM¹⁹. Ésta es idéntica a la clasificación publicada por el *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* en 2009²⁰. Si tiene información sobre estadio codificada con versiones anteriores del TNM, **por favor póngase en contacto con nosotros antes de enviar los datos.**

Los tres componentes del TNM son: el tamaño del tumor (T); el compromiso de los ganglios linfáticos regionales, es decir, la extensión de la invasión de ganglios linfáticos por tumor (N); y si existe metástasis (diseminación de la enfermedad en un órgano o órganos distantes del órgano de origen) (M).

La información sobre el estadio TNM puede estar basada en pruebas patológicas ("p") o evidencia clínica ("c").

Variable 24 T patológica

Opcional

Variable numérica, un dígito.

Ésta variable codifica la información sobre el tamaño físico del tumor.

Para los nueve tipos de **cáncer sólidos de referencia** (es decir, excluyendo la leucemia), existen hasta 4 sub-categorías (a, b, c, d) para cada una de las categorías de estadio pT1, pT2, pT3 y pT4. Estas sub-categorías deben codificarse de la misma manera como la categoría de orden superior: por ejemplo, pT1a debe codificarse como "1", de la misma manera que pT1.

Para el cáncer cervical existen específicamente sub-categorías adicionales; pT1a1, pT1a2, pT1b1 y pT1b2 deben codificarse "1", de la misma manera que pT1. De manera similar, las sub-categorías pT2a1 y pT2a2 deben codificarse "2", de la misma manera que pT2.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Código	Significado
0	= pT0 - sin evidencia histológica de tumor primario
1	= pT1 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹) <i>Este código debe utilizarse también para sub-categorías pT1a, pT1b y pT1c, así como para sub-categorías pT1a1, pT1a2, pT1b1 y pT1b2 (cuello uterino únicamente)</i>
2	= pT2 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹) <i>Este código debe utilizarse también para sub-categorías pT2a, pT2b y pT2c, así como para sub-categorías pT2a1, pT2a2 (cuello uterino únicamente)</i>
3	= pT3 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹) <i>Este código debe utilizarse también para sub-categorías pT3a y pT3b</i>
4	= pT4 - tumor de cualquier tamaño con extensión directa de órganos adyacentes <i>Este código debe utilizarse también para sub-categorías pT4a, pT4b, pT4c y pT4d</i>
8	= <i>is</i> - carcinoma in situ
9	= pTX - desconocido: el tumor primario no puede ser evaluado histológicamente

Variable numérica, un dígito.

Esta variable codifica el grado de compromiso de los ganglios linfáticos regionales con tumor.

Para los cánceres de estómago, colon, recto y de mama, varias subcategorías de pN1, pN2 y pN3 (a, b y c) existen. Éstos deben ser codificados de la misma forma que la categoría de orden superior: por ejemplo, pN2b debe codificarse "2", de la misma manera que pN2.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Código	Significado
---------------	--------------------

- | | |
|-----|---|
| 0 = | pN0 - no hay ganglios linfáticos regionales afectados por el tumor con evidencia histológica |
| 1 = | pN1 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹)
<i>Para colon, recto y mama, este código también se debe utilizar para sub-categorías pN1a, PN1B y pN1c</i> |
| 2 = | pN2 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹)
<i>Para colon, recto y mama, este código también se debe utilizar para sub-categorías pN2a, pN2b y pN2c</i> |
| 3 = | pN3 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹)
<i>Para el estómago, este código también se debe utilizar para sub-categorías pN3a y pN3b</i>
<i>Para mama, este código también se debe utilizar para sub-categorías pN3a, pN3b y pN3c</i> |
| 9 = | pNX - desconocido: Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados histológicamente |

Variable numérica, un dígito.

Esta variable codifica la información sobre la presencia o ausencia de metástasis a distancia.

Para los cánceres de colon, recto y próstata, varias subcategorías de pM1 existen (a, b y c). Estos deben ser codificados "1", en la misma forma que para pM1.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Código **Significado**

- 1 = pM1 - Las metástasis a distancia se han confirmado microscópicamente
Este código debe utilizarse también para sub-categorías pM1a, pM1b y pM1c

- 9 = Desconocido - este no es un código TNM (ver más abajo). Se debe utilizar cuando no se dispone de datos sobre el estado patológico M

Nota:

Los códigos pM0 y pMX **no son válidos** en la séptima edición del TNM¹⁹. Véase nota en la variable 29.

Variable 27-29 TNM Estadio clínico**Opcional**

Los datos clínicos sobre el estadio del tumor pueden obtenerse del examen clínico, o por imágenes diagnósticas del tumor (rayos X, tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [MRI], etc.)

Los datos clínicos pueden ser los únicos disponibles sobre el estadio del tumor si no existe un procedimiento quirúrgico o invasivo de diagnóstico.

Estas variables son opcionales. Si usted decide no facilitar los datos, asigne el código 9 a estas variables en cada registro de tumores.

Variable 27 T Clínico**Opcional**

Variable numérica, un dígito.

Esta variable codifica la información sobre el tamaño físico del tumor.

Los datos clínicos sobre el componente T del estadio **sólo** deben suministrarse si los datos patológicos (variable 24) **no están** disponibles.

Para los nueve tipos de cáncer sólidos de referencia (es decir, excluyendo la leucemia), existen hasta 4 sub-categorías (a, b, c, d) para cada una de las categorías cT1, cT2, cT3 y cT4. Éstas sub-categorías deben codificarse de la misma manera que la categoría de orden superior: por ejemplo, cT1a debe codificarse "1", de la misma manera que cT1.

Únicamente para el cáncer cervical existen subcategorías adicionales: cT1a1, cT1a2, cT1b1 y cT1b2, todo debe ser codificado "1", de la misma manera que cT1. De manera similar, sub-categorías cT2a1 y cT2a2 deben ser codificadas "2", de la misma manera que cT2.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Código Significado

- 0 = cT0 - no hay evidencia de tumor primario
- 1 = cT1 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual¹⁹)
Este código debe utilizarse también para sub-categorías cT1a, cT1b y cT1c, así como para sub-categorías cT1a1, cT1a2, cT1b1 y cT1b2 (cuello uterino únicamente)
- 2 = cT2 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual¹⁹)
Este código debe utilizarse también para sub-categorías cT2a, cT2b y cT2c, así como para subcategorías cT2a1, cT2a2 (cuello uterino únicamente)
- 3 = cT3 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual¹⁹)
Este código debe utilizarse también para subcategorías cT3a y cT3b
- 4 = cT4 - tumor de cualquier tamaño con extensión directa de órganos adyacentes
Este código debe utilizarse también para sub-categorías cT4a, como cT4b, cT4c y cT4d
- 8 = is - carcinoma in situ
- 9 = cTX - desconocido: el tumor primario no puede ser evaluado

Variable numérica, un dígito.

Esta variable codifica la información sobre los ganglios linfáticos regionales afectados con tumor.

Los datos clínicos sobre el componente N **sólo** deben enviarse si los datos patológicos (variable 25) **no están** disponibles.

Para los cánceres de estómago, colon, recto y de mama, existen varias subcategorías de cN1, cN2 y cN3 (a, b y c). Éstos deben ser codificados de la misma forma que la categoría de orden superior: por ejemplo cN2b debe codificarse "2", de la misma manera que cN2.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Código	Significado
0	= cN0 - no hay ganglios linfáticos regionales afectados con tumor
1	= cN1 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹) <i>Para colon, recto y mama, éste código se debe utilizar también para sub-categorías cN1a, CN1b y cN1c</i>
2	= cN2 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹) <i>Para colon, recto y mama, este código se debe utilizar también para sub-categorías CN2a, CN2b y cN2c</i>
3	= cN3 - el contenido de esta categoría varía con el cáncer (ver TNM manual ¹⁹) <i>Para el estómago, este código se debe utilizar también para subcategorías cN3a y cN3b</i> <i>Para mama, este código se debe utilizar también para sub-categorías cN3a, cN3b y cN3c</i>
9	= cNX - desconocido: los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados

Variable numérica, un dígito.

Esta variable codifica la información sobre la presencia o ausencia de metástasis a distancia.

Para los cánceres de colon, recto y próstata, existen varias subcategorías de CM1 (a, b y c). Estas sub-categorías deben codificarse "1", de la misma forma que para CM1.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Código	Significado
0	= cM0 - No hay metastasis
1	= cM1 - Metástasis

Nota:

Si el médico no registra la presencia de metástasis, se asume de acuerdo a la séptima edición del TNM, que no hay metástasis presentes (cM0): estos casos deben ser codificados "0".

El código de "MX" fue utilizado en anteriores ediciones del TNM para indicar que el estado metastásico del tumor era desconocido. Sin embargo, la evaluación clínica de la metástasis puede estar basada en el examen físico por lo que cMX ya no se considera un código apropiado.

El código cMX **no es válido** en la 7ª edición TNM.

Variables 30-32 TNM Condensada**Opcional**

El esquema condensado TNM para registrar el estadio del tumor fue desarrollado por la Red Europea de Registros de Cáncer²¹ para registros tumorales en los que los valores individuales de T y/o N y/o M no están explícitamente registrados. "Condensed TNM" se basa en la sexta edición TNM²².

Se solicita información sobre la TNM condensada **sólo en ausencia de datos** de la TNM patológica (variables 24-26) y de la TNM clínica (variables 27-29).

Existe una correspondencia directa con la clasificación simplificada del estadio que con frecuencia usan los registros de cáncer en los que se clasifica el grado de la enfermedad como localizado, regional o distante.

Variable 30 T Condensada**Opcional**

Variable numérica, un dígito.

Código Significado

- 1 = L - enfermedad localizada
Enfermedad localizada significa:
 T1 y T2 tumores para el cáncer de estómago, colon, recto, hígado, pulmón, cuello uterino, próstata
 T1, T2 y T3 para el cáncer de mama
 T1 para el cáncer de ovario (**nota:** los tumores T2 de ovario son considerados como **avanzados**)
- 2 = A - enfermedad avanzada
Enfermedad avanzada significa:
 Tumores T3 y T4 para los cánceres de estómago, colon, recto, hígado, pulmón, cuello uterino, próstata
 T4 para cáncer de mama (nota: los tumores T3 de la mama son considerados como **localizados**)
 T2 y T3 para cáncer de ovario
- 9 = X - No se puede evaluar: no hay información sobre la categoría del tamaño del tumor

Variable 31 N Condensada**Opcional**

Variable numérica, un dígito.

Código Significado

- 1 = N0 – No invasión ganglionar regional por tumor
 2 = N+ – Invasión por el tumor de los ganglios linfáticos regionales
 9 = NX – No se puede evaluar: no hay información sobre el estado ganglionar

Variable 32 M Condensada**Opcional**

Variable numérica, un dígito.

Este código se basa en la mejor información disponible - clínico, instrumental o patológica. Los signos clínicos y los hallazgos son suficientes para justificar la clasificación de un tumor por tener metástasis (M+), aún sin confirmación *patológica* de los depósitos metastásicos.

Código Significado

- 1 = M0 – No hay metástasis a distancia
 2 = M+ – Presentan metástasis a distancia
 9 = MX – Imposible de evaluar: no hay información sobre la presencia de metástasis

Variable numérica, un dígito.

Esta variable es opcional. Si usted decide no facilitar los datos, por favor **asigne el código 9 a esta variable** en todos los registros tumorales.

El Estadio de Dukes²³ es una clasificación especializada del estadio tumoral para los **cánceres de colon y recto exclusivamente**. Para **todos los otros tipos de cáncer de referencia** por favor, asigne el código 9 a cada registro tumoral.

La clasificación TNM es preferible porque es más detallada.

Sólo deberá informarse del estadio de Dukes en ausencia de información sobre el estadio TNM (variables 24-29).

La clasificación de Dukes fue modificada²⁴ posteriormente para incluir una categoría por metástasis (grupo D), y sub-categorías para clasificar la extensión directa en los grupos B y C. La clasificación *Dukes Modificada* ya no se recomienda para el uso clínico, pero todavía se utiliza ampliamente.

Código Significado

- 1 = Dukes A (esto es equivalente a T1N0M0 o T2N0M0)
- 2 = Dukes B (esto es equivalente a T3N0M0 o T4N0M0)
- 3 = Dukes C (esto es equivalente a T (cualquier) N1M0 o T (cualquier) N2M0)
- 4 = Dukes D (esto es equivalente a T (cualquier) N (cualquier) M1)
- 9 = Dukes falta: no hay información sobre el estadio de Dukes

Variable numérica, un dígito.

Esta variable es opcional. Si usted decide no facilitar la información, **asigne el código 9 a esta variable** en todos los registros tumorales.

El Estadio FIGO²⁵ es una clasificación especializada del estadio del tumor para los cánceres de ovario, cuello uterino y otros cánceres ginecológicos. Para **los demás cánceres de referencia**, por favor asigne el código 9 a esta variable en todos los registros tumorales.

La clasificación TNM es preferible, porque es más detallada. El Estadio FIGO **sólo** deberá indicarse si no se cuenta con los datos del estadio TNM (variables 24-29).

El Estadio FIGO ofrece cinco amplias categorías:

- Estadio 0 carcinoma in situ (común en el cáncer de cuello uterino)
- Estadio I confinado al órgano de origen
- Estadio II invasión de órganos o tejidos circundantes
- Estadio III diseminado a los ganglios distantes o tejidos dentro de la pelvis
- Estadio IV metástasis a distancia

Cáncer del cuello del útero (C530, C531, C538, C539)

Código Significado

- 0 = Estadio FIGO 0 - carcinoma in situ
- 1 = Estadio FIGO I - tumor confinado al cuello uterino (extensión a cuerpo uterino no se tiene en cuenta)
Este código debe utilizarse también para sub-categorías IA, IA1, IA2, IB, IB1 y IB2
- 2 = Estadio FIGO II - tumor que invade más allá del útero pero no a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina
Este código debe utilizarse también para sub-categorías IIA, IIA1, IIA2 y IIB
- 3 = Estadio FIGO III - tumor que se extiende a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina, o causa hidronefrosis
Este código debe utilizarse también para subcategorías IIIA y IIIB
- 4 = Estadio FIGO IVA - tumor que invade la mucosa de la vejiga o el recto, o se extiende más allá de la pelvis verdadera
- 5 = Estadio FIGO IVB - metástasis a distancia
- 9 = Estadio FIGO desconocido

Cáncer de ovario (C569) o las trompas de Falopio (C570)

Código Significado

- 1 = Estadio FIGO I - tumor limitado a uno o ambos ovarios*
Este código debe utilizarse también para subcategorías IA, IB y IC
- 2 = Estadio FIGO II - tumor que involucra uno o ambos ovarios* con extensión pélvica
Este código debe utilizarse también para sub-categorías IIA, IIB y IIC
- 3 = Estadio FIGO III - tumor que involucra uno o ambos ovarios* con metástasis peritoneales fuera de la pelvis confirmadas microscópicamente, y/o metástasis de ganglio linfático regional
Este código debe utilizarse también para sub-categorías IIIA, IIIB y IIIC
- 4 = Estadio FIGO IV - metástasis a distancia fuera de la cavidad peritoneal
- 9 = Estadio FIGO desconocido

*Para los tumores malignos de las trompas de Falopio (C570), sustitúyase "ovarios" por "trompas".

Variable 35 **Tamaño del tumor** **Opcional**

Variable numérica, de uno a tres dígitos.

El tamaño del tumor (diámetro máximo del tumor) debe ser suministrado en milímetros, como un entero.

Para el **cáncer de mama**, el tamaño del tumor debe estar basado en el examen histológico, si está disponible.

Para el **cáncer de pulmón**, el tamaño del tumor puede estar disponible en imágenes diagnósticas.

Es difícil fijar límites sobre las dimensiones físicas máximas de un tumor. Vamos a aceptar los valores en el rango de 1 - 300 mm (1mm-30cm). Por ejemplo, un tumor con un diámetro máximo de 35 mm (3,5 cm) será codificado como "35".

Código **Significado**

- 1-300 = diámetro máximo del tumor, en milímetros
- 999 = diámetro máximo del tumor no es conocido, **o**
diámetro máximo del tumor no es aplicable (**leucemia**), **o**
ésta variable no se suministrará

Cero no es una dimensión de tumor válido. Si no hay datos disponibles para un tumor sólido, por favor, codificar esta variable como 999.

Variable 36 **Número de ganglios linfáticos examinados** **Opcional**

Variable numérica, de uno o dos dígitos.

Informa del número exacto de los ganglios linfáticos examinados, según consta en el registro patológico: rango válido 0-98.

Esta variable se codificará como 99 en todos los registros si:

- usted elige no proporcionar esta variable, **o**
- el archivo de datos es para la leucemia

Para los nueve **tumores sólidos**, esta variable debe ser codificada como 99 si:

- no hay información disponible sobre el número de ganglios linfáticos examinados, **o**
- no se llevó a cabo el examen patológico

Variable 37 **Número de ganglios linfáticos comprometidos** **Opcional**

Variable numérica, de uno o dos dígitos.

Informa **del número exacto de los ganglios linfáticos afectados (ganglios linfáticos que contienen células tumorales)**, según consta en el informe patológico: rango válido 0-98.

Esta variable se codificará como 99 en **todos los registros** si:

- usted elige no proporcionar esta variable, **o**
- el archivo de datos es para la leucemia

Para los nueve **tumores sólidos**, esta variable debe ser codificada como 99 si:

- no hay información disponible sobre el número de ganglios linfáticos afectados, **o**
- ganglios linfáticos *estaban* involucrados, pero el número de ganglios linfáticos es desconocido, **o**
- no se llevó a cabo el examen patológico

4 Valores validos por cada variable

Nombre	Breve descripción	Nº. de dígitos o caracteres	Valores validos (o rango de valores validos)	Valor a utilizar se datos validos faltan
VAR1	País	4	ver lista pagina 5	No permitido
VAR2	Registro	1, 2 o 3	Use valor proporcionado*	No permitido
VAR3	Código de persona	hasta 15	Numérico o alfanumérico	No permitido
VAR4	Código de tumor	hasta 10	Numérico o alfanumérico	No permitido
VAR5	IARC CHECK flag ¹	1	1,2,3,4	9
VAR6	Sexo	1	1,2	9
VAR7	Región ²	hasta 5	Numérico (ver página 11)	99999
VAR8	Raza / etnicidad ²	1 o 2	Numérico (ver página 12)	99
VAR9	Día de nacimiento	1 o 2	1-31	99
VAR10	Mes de nacimiento	1 o 2	1-12	99
VAR11	Año de nacimiento	4	1895 - último año	9999
VAR12	Día de diagnóstico	1 o 2	1-31	99
VAR13	Mes de diagnóstico	1 o 2	1-12	99
VAR14	Año de diagnóstico	4	1995 - último año	9999
VAR15	Último estado vital conocido	1	1,2,3	9
VAR16	Día del último estado vital conocido	1 o 2	1-31	99
VAR17	Mes del último estado vital conocido	1 o 2	1-12	99
VAR18	Año del último estado vital conocido	4	1995 - último año	9999
VAR19	Base diagnóstica	1	1,2,3,4,5,6,7,8	9
VAR20	CIE-O-3 Topografía	4	Alfanumérico	No permitido
VAR21	CIE-O-3 Morfología	4	8000-9989	9999
VAR22	Comportamiento	1	0,1,2,3,6,9	No permitido
VAR23	SEER Summary Stage 2000	1	0,1,2,3,4,5,7	9
VAR24	T Patológico	1	0,1,2,3,4,8	9
VAR25	N Patológica	1	0,1,2,3	9
VAR26	M Patológica	1	1	9
VAR27	Clínica T	1	0,1,2,3,4,8	9
VAR28	Clínica N	1	0,1,2,3	9
VAR29	Clínica M	1	0,1	9
VAR30	Condensada T	1	1,2	9
VAR31	Condensada N	1	1,2	9
VAR32	Condensada M	1	1,2	9
VAR33	Estadio Dukes ³	1	1,2,3,4	9
VAR34	Estadio FIGO ⁴	1	0,1,2,3,4,5	9
VAR35	Tamaño del tumor	1, 2 o 3	1-300	999
VAR36	Nº de ganglios linfáticos examinados	1 o 2	0-98	99
VAR37	Nº de ganglios linfáticos afectados	1 o 2	0-98	99

* El código de uso para esta variable se le enviará por separado

¹ Opcional - si no desea suministrar esta variable, por favor introduzca el número 9 en todos los registros (vea última columna)

² Opcional - **si quiere suministrar** esta variable, debe consultar y acordar los códigos con nosotros de antemano; **si no desea suministrarla** por favor, introduzca el número 99999 (VAR7) o 99 (VAR8) (vea última columna).

³ Valores válidos **sólo** para cánceres de colon y recto; para otro tipo de cánceres, por favor introduzca el número 9 (vea última columna)

⁴ Valores válidos **sólo** para cánceres de cuello uterino y ovario; para otro tipo de cánceres por favor introduzca el número 9 (vea última columna)

5 References

1. World Health Organisation. *International Classification of Diseases, 1975, 9th revision*. Geneva: WHO; 1977
2. World Health Organisation. *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision*. Geneva: WHO; 1994
3. Percy C, Van Holten V, Muir CS, eds. *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), second edition*. Geneva: World Health Organisation; 1990
4. Fritz AG, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin LH, Parkin DM, Whelan SL, eds. *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O)*. 3rd edn. Geneva: World Health Organisation; 2000
5. Woods LM, Rachet B, Ellis L, Coleman MP. Full dates (day, month, year) should be used in population-based cancer survival studies. *Int J Cancer* 2012; **131**: E1120-E1124
6. Sant M, Allemani C, Tereanu C, De Angelis R, Capocaccia R, Visser O, Marcos-Gragera R, Maynadié M, Simonetti A, Lutz J-M, Berrino F. Incidence of hematologic malignancies in Europe by morphologic subtype: results of the HAEMACARE project. *Blood* 2010; **116**: 3724-34
7. Marcos-Gragera R, Allemani C, Tereanu C, De Angelis R, Capocaccia R, Maynadié M, Luminari S, Ferretti S, Johannesen TB, Sankila R, Karjalainen-Lindsberg M-L, Simonetti A, Martos MC, Raphael M, Giraldo P, Sant M. Survival of European patients diagnosed with lymphoid neoplasms in 2000-2002: results of the HAEMACARE project. *Haematologica* 2011; **96**: 720-8
8. Maynadié M, De Angelis R, Marcos-Gragera R, Visser O, Allemani C, Tereanu C, Capocaccia R, Giacomini A, Lutz J-M, Martos C, Sankila R, Johannesen TB, Simonetti A, Sant M. Survival of European patients diagnosed with myeloid malignancies: a HAEMACARE study [epub ahead of print]. *Haematologica* 2012
9. Sant M, Karjalainen-Lindsberg M-L, Maynadié M, Raphael M, Ferretti S, Giacomini A, Tereanu C, Giraldo P, Marcos-Gragera R, Martos C, Lutz J-M, Visser O, HAEMACARE Working Group. Manual for coding and reporting haematological malignancies. *Tumori* 2010; **96 (Appendix)**: 1-32
10. Sant M, Karjalainen-Lindsberg M-L, Maynadié M, Raphael M, Ferretti S, Giacomini A, Tereanu C, Giraldo P, Marcos-Gragera R, Martos C, Lutz J-M, Visser O, HAEMACARE Working Group. Manual para la codificación de los Tumores Hematológicos. *Tumori* 2010; **96 (Appendix)**: 1-32
11. Micheli A, Sanz N, Mwangi-Powell F, Coleman MP, Neal C, Ullrich A, Travado L, Santilli LA, Grassi L, De Lorenzo F, Costa A, Dangou J-M, Bisanti L, Costantini AS, Abu-Rmeileh N, Kamal M, Federico M, Saracci R, Rennert G, Stefanini A, Cavalli F, Cazap E, Redmond K, O'Reilly S, Muti P, Casali P, Gatta G, Ferrari A, Koifman S, Bah E, Pastore G, Barr R, Frazzangaro C, Ciampichini R, Baili P, ICCO-3 Session B group. International collaborations in cancer control and the Third International Cancer Control Congress. *Tumori* 2009; **95**: 579-96
12. Sant M, Allemani C, Capocaccia R, Hakulinen T, Aareleid T, Coebergh JWW, Coleman MP, Grosclaude PC, Martinez-Garcia C, Bell CMJ, Williams EMI, Berrino F, EUROCare Working Group. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer* 2003; **106**: 416-22
13. Ciccolallo L, Capocaccia R, Coleman MP, Berrino F, Coebergh JWW, Damhuis RAM, Faivre J, Martinez-Garcia C, Møller H, Ponz de Leon M, Launoy G, Raverdy N, Williams EMI, Gatta G. Survival differences between European and US patients with colorectal cancer: role of stage at diagnosis and surgery. *Gut* 2005; **54**: 268-73
14. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, Chen K, Chia KS, Chen JG, Law SCK, Ahn YO, Xiang YB, Yeole BB, Shin HR, Shanta V, Woo ZH, Martin N, Sumitsawan Y, Sriplung H, Barboza AO, Eser S, Nene BM, Suwanrungruang K, Jayalekshmi P, Dikshit R, Wabinga H, Esteban DB, Laudico A, Bhurgrui Y, Bah E, Al-Hamdan N. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *Lancet Oncol* 2010; **11**: 165-73
15. Maringe C, Walters S, Butler J, Coleman MP, Hacker N, Hanna L, Mosgaard BJ, Nordin A, Rosen B, Engholm G, Gjerstorff ML, Hatcher J, Johannesen TB, McGahan CE, Meechan D, Middleton R, Tracey E, Turner D, Richards MA, Rachet B, ICBP Module 1 Working Group. Stage at diagnosis and ovarian cancer survival: evidence from the International Cancer Benchmarking Partnership. *Gynec Oncol* 2012; **127**: 75-82
16. Allemani C, Sant M, Weir HK, Richardson LC, Baili P, Storm H, Siesling S, Torrella-Ramos A, Voogd AC, Aareleid T, Ardanas E, Berrino F, Bielska-Lasota M, Bolick S, Cirilli C, Colonna M, Contiero P, Cress RD, Crocetti E, Fulton JP, Grosclaude P, Hakulinen T, Izarzugaza I, Malmström P, Peignaux K, Primic-Žakelj M, Rachtan J, Safaei Diba C, Sanchez M-J, Schymura MJ, Shen T, Traina A, Tryggvadóttir L, Tumino R, Velten M, Vercelli M, Wolf HJ, Woronoff A-S, Wu X, Coleman MP. Breast cancer survival in the US and Europe: a CONCORD high-resolution study [Epub ahead of print]. *Int J Cancer* 2013; **132**: 1170-81
17. Walters S, Maringe C, Butler J, Brierley JD, Rachet B, Coleman MP. Comparability of stage data in cancer registries in six countries: lessons from the International Cancer Benchmarking Partnership. *Int J Cancer* 2013; **132**: 676-85
18. Young JL, Roffers SD, Ries LAG, Fritz AG, Hurlbut AA. *SEER Summary Staging Manual - 2000: Codes and Coding Instructions*. NIH Pub. No. 01-4969. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2001
19. Sobin LH, Gospodarowicz M, Wittekind C. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 7th edn. New York: John Wiley & Sons; 2009
20. Edge SB, Byrd DR, Carducci MA, Compton CC, Fritz AG, Greene F, Trotti A, eds. *American Joint Committee on Cancer - cancer staging manual*. 7th edn. New York, NY: Springer; 2009
21. Berrino F, Brown C, Moller T, Sobin LH, Faivre J. *ENCR recommendations: condensed TNM for coding the extent of disease*. Lyon, European Network of Cancer Registries, 2002.
22. Sobin LH, Wittekind C, eds. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 6th edn. New York: John Wiley & Sons; 2002
23. Dukes CE. The classification of cancer of the rectum. *J Pathol Bacteriol* 1932; **35**: 323-32
24. Astler VB, Collier FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1954; **139**: 846-52
25. Benedet JL, Bender H, Jones H, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gyn Obs* 2000; **70**: 209-62