

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

Instructivo Llenado y Registro de Ficha de Registro para la Unidad de Registro

Documento de Trabajo

El presente documento fue elaborado de manera coordinada entre la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

Instructivo de Llenado y Registro de Ficha de Registro para la Unidad de Registro

Índice

Generalidades	04
De la accesibilidad al Sistema	04
I. Ingreso de Fichas de Incidencia	05
A. Ingreso de Fichas de Casos	05
A. Datos del Hospital	06
B. Datos del Paciente	07
C. Datos del Diagnóstico	11
D. Datos del Tratamiento	19
E. Datos de Mortalidad	21
F. Normas para valores finales de Desconocido, No determinado y No Especificado	22
B. Ingreso de Certificados de Defunción	23
A. Datos del Hospital	24
B. Datos del Paciente	24
C. Datos del Diagnóstico	25
D. Datos del Tratamiento	27
E. Datos de Mortalidad	27
C. Para Neoplasias Malignas Múltiples	29
II. Actualización de Ficha	29
A. Número de Ficha	29
B. Datos del Hospital	30
C. Datos del Paciente	31
D. Datos del Diagnóstico	31
E. Datos del Tratamiento	33
F. Datos de Mortalidad	33
III. Búsqueda de Ficha	35
ANEXO N° 01. Flujograma de recolección y registro de datos en ficha de Registro	38
ANEXO N° 02. Neoplasias Primarias Múltiples	39

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Instructivo de Llenado y Registro de Ficha de Registro para la Unidad de Registro

Generalidades

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, como Registro Hospitalario de Cáncer o como Registro Poblacional de Cáncer, es un sistema de vigilancia epidemiológica especializada y su registro es obligatorio según Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/DGE, aprobada por RM N° 660-2006/MINSA.

En nuestro país se ha desarrollado un aplicativo informático en línea que facilita el registro, seguimiento y análisis de los casos.

De la accesibilidad al Sistema

Se accede al sistema mediante Internet en la dirección electrónica: <http://cancer.dge.gob.pe>, accesible también desde el portal de la Dirección General de Epidemiología (DGE): <http://www.dge.gob.pe/intranet.php>

El acceso al sistema de vigilancia y uso del aplicativo informático, dadas las características de confidencialidad a la que está sujeta, se otorga a través de la Dirección General de Epidemiología y está restringido a los responsables de Epidemiología de las DIRESAs/DISAs, Hospitales, e Instituciones similares que están acreditados para participar en el registro, u otra persona que designa el Director responsable de la misma.

Su acceso se administra a través de un usuario y contraseña otorgado por la DGE, para uso exclusivo del responsable de Epidemiología de la Institución o a quién se delegue.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Contáctenos

Bienvenido:
Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer del Perú

Bienvenido estimado usuario al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer del Perú, para continuar con el ingreso al sistema, es necesario que ingrese su nombre de usuario, contraseña y el código de hospital.

Si tuviera dudas sobre el uso del Portal escribanos a postmaster@oge.sld.pe haga clic en contáctenos.

Usuario:

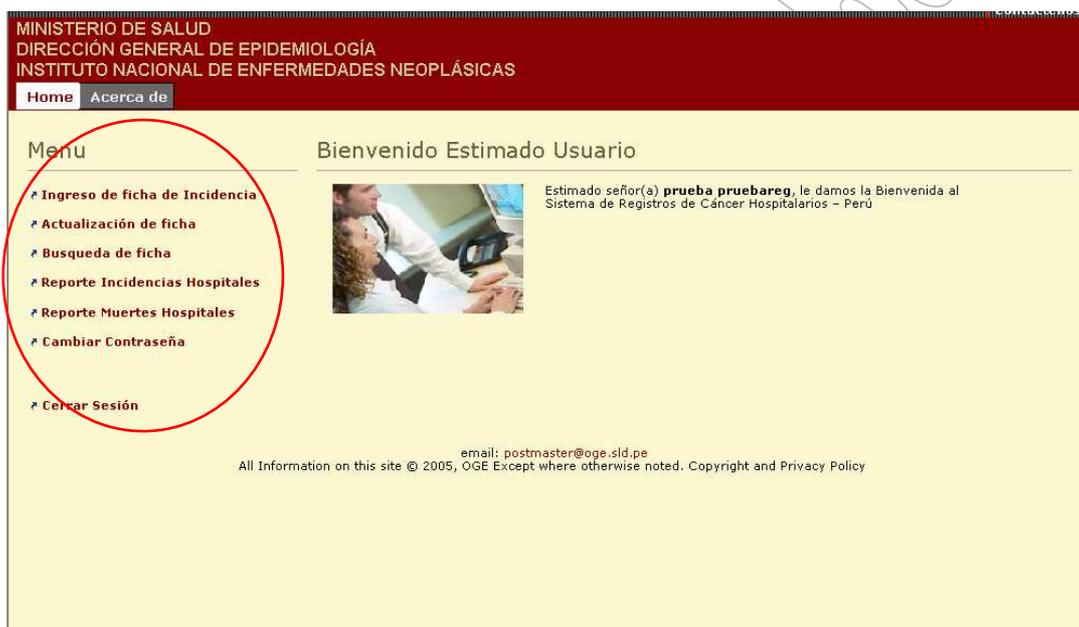
Contraseña:

Aceptar Cancelar

email: postmaster@oge.sld.pe
All Information on this site © 2005. ORF Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

Este le permite ingresar al aplicativo para realizar las siguientes acciones:

- Ingreso de ficha de registro o incidencia (casos nuevos)
- Actualización de ficha (modificación de la ficha)
- Búsqueda de ficha
- Reporte de Incidencias Hospitalares
- Reporte Muerte Hospitalares
- Cambiar contraseña
- Otros Reportes (en <http://cancer.dge.gob.pe/reportes/>)
 - o Evaluación (Control de Calidad)
 - o Reportes varios
 - o Descarga de base de datos local
 - o Directorio Nacional del Sistema de Vigilancia del Cáncer



Se enfatiza que al usuario se le permite acceder a los datos originados por su Institución, no así a los datos de los demás participantes del sistema.

Se detalla seguidamente los diferentes procesos (Anexo N° 01) y acciones, explicando el ingreso de cada variable y sus valores finales. Para desplazarse a través de las variables o campos, use el tabulador o el ratón (Mouse).

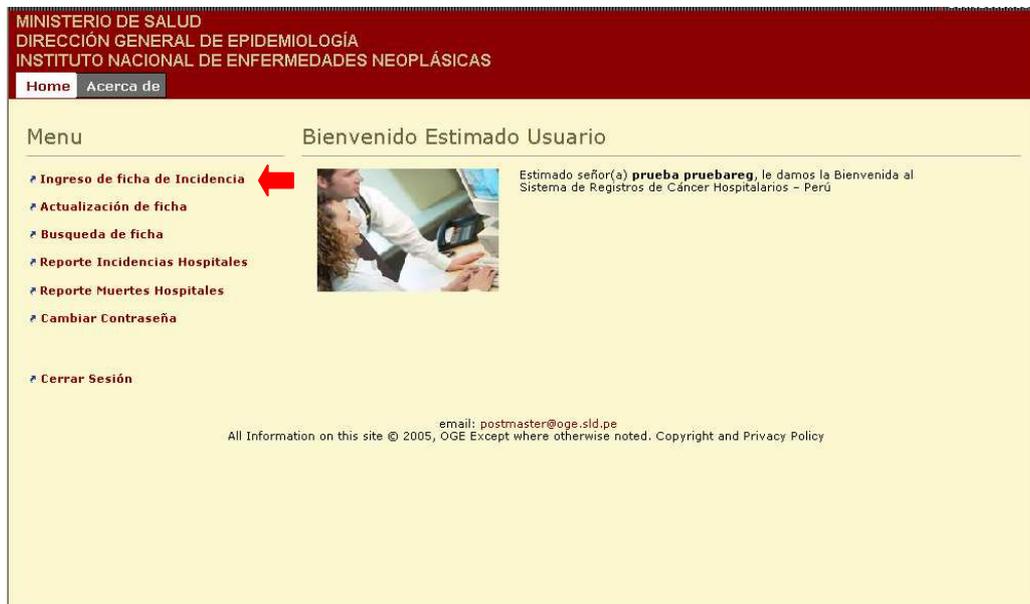
I. Ingreso de Fichas de Incidencia:

A. Ingreso de Fichas de Casos

Todo caso que ingresa al sistema tiene que tener la certeza clínica y/o de apoyo al diagnóstico (histológica u otra) de que es un tumor maligno. No se registran casos sospechosos o probables.

En el momento de iniciar el ingreso de datos de un caso, el sistema le asigna un número de ficha, el cual es correlativo, mostrado al final del llenado y que no puede ser borrado.

Eventualmente, cuando se produce duplicidad (ingreso reiterado del mismo caso) y es detectado en el control de calidad, este se puede observar en el reporte respectivo. Luego se debe modificar el último (o últimos) registro(s) duplicado(s) con los datos de otro nuevo caso (caso incidente), a través de la opción Actualización de ficha.



a. Datos del Hospital

Hospital:

Muestra un valor que le asigna el sistema por defecto a cada Unidad Notificante y no puede ser cambiado.

Fecha de Admisión:

Se anota día, mes y año (dd/mm/aa). Se registra la fecha en que el paciente por primera vez es ingresado al Hospital o Institución similar por motivo del cáncer, sea para diagnóstico inicial (si fuera el primer establecimiento en el que busca atención) o para completar evaluación y/o tratamiento (si es el siguiente establecimiento luego del diagnóstico inicial). Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra sólo los dos últimos dígitos).

Historia Clínica:

Ingresar el número de Historia Clínica de la Institución. Se aceptan caracteres alfanuméricos. Es un dato valioso para evitar la duplicidad.

Fecha Último Control:

Se anota día, mes y año (dd/mm/aa). Se registra la fecha de la última consulta realizada. Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra sólo los dos últimos dígitos).

Clase de Caso:

Permite clasificar el caso de cáncer en la forma que ingresa al Hospital o Institución similar y determina los casos incidentes.

Elegir siempre una alternativa según corresponda al valor final:

0	Diagnosticado en el Hospital desde la fecha de inicio de Registro, recibiendo tratamiento inicial en otra institución
1	Diagnosticado y tratado inicialmente (total o parcial) en el Hospital reportante (que notifica el caso)
2	Diagnosticado en otra institución y recibiendo todo o parte del tratamiento inicial en el hospital reportante (que notifica el caso)
3	Diagnosticado y recibiendo todo el tratamiento inicial en otra institución
4	Diagnosticado y tratado en el hospital reportante (que notifica el caso) anteriormente a la fecha de inicio de registro
5	Diagnosticado al momento de la autopsia
8	Diagnosticado solo por Certificado de Defunción
9	Desconocido

b. Datos del Paciente

Apellido Paterno:

Anotar en letras mayúsculas y sin acentos, aún cuando sea compuesto. Verificar con el DNI del paciente, si es posible, o través del RENIEC. Es importante para evitar la duplicidad.

Apellido Materno:

Anotar en letras mayúsculas y sin acentos, aún cuando sea compuesto. Verificar con el DNI del paciente, si es posible, o través del RENIEC. Es importante para evitar la duplicidad.

Nombres:

Anotar en letras mayúsculas y sin acentos, todos los nombres registrados en su documento de identidad. Verificar con el DNI del paciente, si es posible, o través del RENIEC. Es importante para evitar la duplicidad.

Sexo:

Elegir siempre una y según corresponda. Puede inferirse del nombre y buscar, en lo posible, que quede bien definido.

1	Masculino
2	Femenino
3	No registrado

Fecha de Nacimiento:

Se anotará día, mes y año completo (dd/mm/aaaa). Registrar la fecha de nacimiento, en lo posible verificarlo con el DNI del paciente, si es posible, o través del RENIEC. La fecha de nacimiento es de gran ayuda para la identificación y evitar la duplicidad, especialmente en homonimias. Si se desconoce la fecha de nacimiento, se calcula según la edad del paciente a la fecha de incidencia del primer tumor (como 01/mes/año_completo ó 01/01/año_completo). Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra completo). Es una variable obligatoria.

Grado de Instrucción:

Elegir siempre y según corresponda. Puede inferirse de la ocupación.

1	Sin instrucción;
2	Primaria
3	Secundaria
4	Superior Técnica
5	Superior Universitaria

Ocupación:

Se refiere al tipo de trabajo actual realizado durante seis o más meses previamente al diagnóstico de cáncer (o el tipo de trabajo realizado por mayor tiempo en su vida, en el caso de que sea un jubilado o desocupado). Procurar usar aquel que describe mejor su ocupación y no ser genéricos (obrero, empleado, etc.). Si ha ocurrido cambio(s) reciente(s) en el tipo de trabajo elegir aquel que ha realizado por mayor tiempo.

Elegir siempre una y según corresponda. No se puede dejar en blanco ya que por defecto señala como No Informado.

Tipo de Documento:

Elegir siempre y según corresponda. Es la mejor variable para identificar duplicidad, descartar homonimias, detectar tumores múltiples, etc. Es obligatoria.

1	DNI
2	Carné de Extranjería
3	Pasaporte
4	Partida de Nacimiento
5	Sin documento

Número de Documento:

Tener extremo cuidado en su llenado. Dependiendo de la opción elegida serán el número de dígitos.

Condición de Asegurado:

Elegir siempre una y según corresponda. Su condición no necesariamente dependerá de la Institución que registra.

0	No asegurado
1	SIS
2	EsSalud - Regular - Titular
3	EsSalud - Regular - Familiar
4	EsSalud - Facultativo
5	EsSalud - Regímenes Especiales
6	FFAA/PNP
7	Privado Nacional – Pre-Pagas
8	Privado Nacional – Auto-Seguro
9	Privado Nacional - Seguro de Asistencia Médica
10	Privado Extranjero
99	No Especificado

Lugar de Nacimiento

País:

Muestra un valor que le asigna el sistema por defecto a todo caso: PERU. No puede ser cambiado. En caso de extranjeros se incluirán en el registro si son residentes en el país 6 meses o más tiempo a la Fecha de Incidencia (fecha del primer diagnóstico de cáncer). Se elegirá como Lugar de Nacimiento el Lugar de Residencia habitual.

Departamento:

Elegir el departamento de nacimiento, ya que el sistema registra AMAZONAS por defecto. Esperar unos segundos que el sistema reajuste la información que sigue para PROVINCIA.

Provincia:

Elegir la provincia de nacimiento, ya que el sistema registra BAGUA por defecto, pero se corrige al cambiar el departamento de nacimiento. Esperar unos segundos que el sistema reajuste la información que sigue para DISTRITO.

Distrito:

Elegir el distrito de nacimiento, ya que el sistema registra ARAMANGO por defecto, pero se corrige al cambiar el departamento y vuelve a corregirse al cambiar la provincia de nacimiento.

Lugar de Residencia

Es el lugar donde el paciente reside o residió regularmente, considerado por lo menos los seis meses anteriores a la fecha del primer diagnóstico de cáncer (fecha de incidencia). Debe diferenciarse, y por lo tanto no considerarse, si el caso ha cambiado de domicilio recientemente por motivos de enfermedad o durante la evaluación y/o tratamiento del mismo.

Departamento:

Elegir el departamento de residencia, ya que el sistema registra AMAZONAS por defecto. Esperar unos segundos que el sistema reajuste la información que sigue para PROVINCIA.

Provincia:

Elegir la provincia de residencia, ya que el sistema registra BAGUA por defecto, pero se corrige al cambiar el departamento de residencia. Esperar unos segundos que el sistema reajuste la información que sigue para DISTRITO.

Distrito:

Elegir el distrito de residencia, ya que el sistema registra ARAMANGO por defecto, pero se corrige al cambiar el departamento y vuelve a corregirse al cambiar la provincia de residencia.

Dirección:

Anotarlo en letras mayúsculas y sin acentos. Verificar con el DNI.

Teléfono Fijo:

Tener cuidado en su llenado, ya que puede ser útil para ubicar al caso o familiares para obtener información. Tiene opción de llenar hasta diez dígitos.

Teléfono Móvil:

Tener cuidado en su llenado, ya que puede ser útil para ubicar al caso o familiares para obtener información. Tiene opción de llenar hasta diez dígitos.

Referencias Personales

Nombres y Apellidos:

Anotar en letras mayúsculas y sin acentos, todos los datos registrados en su documento de identidad o en la historia clínica del caso, si lo hubiere. Verificar

con el DNI del familiar, en caso de entrevista. Es importante para ubicar al familiar o caso y obtener más información.

Tipo de Parentesco:

Elegir siempre una y según corresponda. Es importante para ubicar al familiar o caso y obtener más información.

1	Esposo(a)
2	Padre
3	Madre
4	Hijo(a)
5	Hermano(a)
6	Primo(a)
7	Tío(a)
8	Amistad/Vecino
9	Conviviente
10	Otros Parientes
0	Ninguno

Dirección:

Anotar en letras mayúsculas y sin acentos. Verificar con el DNI del familiar si es posible.

Teléfono:

Tener cuidado en su llenado, ya que puede ser útil para ubicar al familiar o caso para obtener información. Tiene opción de llenar hasta diez dígitos.

c. Datos del Diagnóstico

Ingreso a la Institución:

Elegir el modo en que acude a la Institución.

1	Por Iniciativa Propia
2	Médico Particular
3	Por Referencia

En caso de Por Iniciativa Propia pasar a Tiempo de Enfermedad.

En caso de Médico Particular pasar a Fecha de Referencia.

Sólo si se elige Por Referencia se activan los campos de Región y Servicio de Salud que refiere.

Región:

Elegir la Región o alternativa que corresponda (EsSalud, FFAA/PNP, INEN, etc.). Esperar unos segundos que el sistema reajuste la información que sigue para SERVICIO DE SALUD QUE REFIERE.

Servicio de Salud que refiere:

Elegir el Servicio de Salud que corresponda al médico que refiere (Hospital I, Centro de Salud, Posta de Salud, etc.), según la Unidad Notificante del Sub-sector (MINSA, EsSalud, Sanidad FFAA/PNP, etc.). En caso de que la Unidad Notificante no se encuentre registrada en el sistema, elegir Unidad Notificante Sin Código y comunicar a la DGE, la cual debe incluirla en la lista en las 72 a 96 horas siguientes y posteriormente la Ficha de Registro y el registro deberá ser actualizado.

Fecha de Referencia:

Se anotará día, mes y año (dd/mm/aa). Se registra la fecha del documento de referencia usado (Formato, Hoja o receta). Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra sólo los dos últimos dígitos).

Tiempo de Enfermedad (días):

Se anotará el número de **DÍAS** de enfermedad desde el inicio de síntomas hasta la fecha de incidencia (diagnostico) y acepta una cifra de hasta 4 dígitos. **NO AÑADIR LETRAS EN NINGUNA FORMA**. El dato de medida de tiempo deberá convertirse a días, del modo siguiente:

- Para periodos menores de un día (horas): considerar un (1) día
- Para periodos de meses, multiplicar por 30
- Para periodos de años, multiplicar por 365 días
- Las fracciones decimales se convierten según corresponden por convención (< 0.5 al valor inmediato inferior y ≥ 0.5 al valor inmediato superior)

DX Clínico:

Se anotará en letras mayúsculas y sin acentos. No usar abreviaturas, ni estadios, ni morfología, ni métodos de diagnóstico, ni tratamientos.

Se recuerda que el diagnóstico es el especificado por el médico tratante, por lo que se recomienda transcribir literalmente dicho diagnóstico.

Extensión de la Enfermedad (Clasificación TNM):

Para efectos de la implementación de los Registros de Cáncer en el Perú, se recomienda el uso del Sistema TNM, que esta bien establecido a nivel internacional a través de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC).

La clasificación TNM determina la extensión de la enfermedad y por tanto determina el estadio clínico. Está basada en apreciaciones clínicas y/o anatomopatológicas y en caso de dos estadios distintos, se sugiere utilizar el más alto.

Si el tipo de cáncer no tiene clasificación TNM, debe obviarse estas variables, pasar a la variable siguiente (EC) y elegir sólo el estadio clínico, según la clasificación específica para dicho tumor (v. g. sarcomas).

La clasificación TNM tiene tres componentes principales:

T Representa la extensión del tumor primario, con sufijos para diferenciar el tamaño del tumor o la afectación por extensión directa.

N Indica el compromiso de los ganglios linfáticos regionales, con sufijos para describir la ausencia o grados crecientes de afectación por el tumor.

M Indica la presencia o ausencia de metástasis a distancia.

T:

Anotar el código según corresponda para el tamaño o extensión del tumor específico. Debe corresponder como: TIS, T0, T1, T2, T3, T4 ó TX (cuando no se puede evaluar) y se registrará sólo el número (0, 1, 2, 3 ó 4), IS o X. Según el cáncer involucrado puede acompañarse de letras mayúsculas (2A, 2B, etc.) e incluso seguir con otro número adicional (1A1, 1B1, etc.) Inicialmente puede quedar en blanco y llenada posteriormente en la actualización o modificación de la ficha, mientras no reciba tratamiento. Acepta hasta 3 dígitos. Esta codificación está determinada por el Oncólogo o médico tratante.

N:

Anotar el código según corresponda para la extensión de los ganglios linfáticos afectados por el tumor específico. Debe corresponder como: N0, N1, N2, N3 ó NX (cuando no se puede evaluar) y se registrará sólo el número 0, 1, 2, 3, 4 ó X. Inicialmente puede quedar en blanco y llenada posteriormente en la actualización o modificación de la ficha, mientras no reciba tratamiento. Acepta hasta 3 dígitos. Esta codificación esta determinada por el Oncólogo o médico tratante.

M:

Anotar el código según corresponda para la ausencia o presencia de metástasis del tumor específico. Debe corresponder como: M0, M1 ó MX (cuando no se puede evaluar) y se registrará sólo el número (0 ó 1) o X. Inicialmente puede quedar en blanco y llenada posteriormente en la actualización o modificación de la ficha, mientras no reciba tratamiento. Acepta sólo 1 dígito. Esta codificación esta determinada por el Oncólogo o médico tratante.

EC (Estadio Clínico):

El Estadio Clínico es obligatorio colocarlo. Debe describir en que estadio se encuentra el caso en su primer contacto con la institución, independientemente de cuántos servicios o establecimientos de salud visitó y mientras no haya recibido tratamiento alguno.

Este dependerá de la clasificación TNM, si lo tuviera, o de cualquier otra clasificación, dependiendo del tipo de cáncer del caso.

Anotar el estadio clínico CON NUMEROS ROMANOS. Seguidamente añadir letras en mayúsculas si requiere anotarlas, sin incluir espacios ni guiones. No escribir en números arábigos, excepto el 0 (cero) para asignar el cáncer IN SITU. Las combinaciones dependerán del tipo de cáncer. Acepta hasta 4 dígitos.

Si no tiene datos de estadio clínico debe dejarlo en blanco y posteriormente será llenada en la actualización o modificación de la ficha, mientras no reciba tratamiento.

Cuando el caso lo amerite, y no se encuentre especificado, el registrador de cáncer, previamente capacitado, podrá asignar valores TNM y Estadio Clínico a los casos, con los datos consignados en la Historia Clínica.

Fecha de Incidencia:

Se refiere a la fecha del primer diagnóstico de cáncer, confirmado con ayuda diagnóstica o clínicamente, dependiendo del tipo de cáncer. Es la fecha más antigua encontrada, independientemente del número de servicios o instituciones visitadas.

Se seguirá un orden cronológico, eligiendo la que se produjo en primer lugar, o el suceso prioritario, de las siguientes fechas que están en orden de prioridad decreciente:

- Fecha de confirmación histológica o citológica del cáncer (a excepción de la autopsia): la que puede ser
 - Fecha de realización de la biopsia
 - Fecha de recepción de la biopsia por el anatomopatólogo
 - Fecha de salida del informe anatomopatológico
- Fecha del primer ingreso al hospital, como consecuencia del cáncer.
- Fecha de la primera visita en consulta externa, a consecuencia del cáncer.
- Otra fecha diferente a las anteriores
- Fecha de muerte, si únicamente se sabe que el caso ha muerto por cáncer.
- Fecha de muerte, si el cáncer se descubre en la autopsia

Cualquiera que sea la fecha elegida, no puede ser posterior a la fecha de inicio de tratamiento, a la fecha de decisión de no tratar al enfermo (según historia clínica) o a la fecha de muerte.

La elección de la fecha de incidencia no determina el valor final de la variable Base del Diagnóstico.

Se anotará día, mes y año (dd/mm/aa). Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra sólo los dos últimos dígitos).

Método del Primer Diagnóstico:

Para fines de evaluar la efectividad de los programas de control de cáncer se requiere saber el método o la circunstancia en que se realiza el primer diagnóstico.

Elegir siempre un ítem y según corresponda.

1	Programa de Detección / Tamizaje
2	Hallazgo incidental por exploración clínica
3	Hallazgo incidental por exploración endoscópica
4	Hallazgo incidental por imágenes
5	Hallazgo incidental por exploración quirúrgica
6	Presentación Clínica (con Síntoma)
7	Hallazgo incidental en la autopsia
8	Otros
9	Desconocido

Departamento/Servicio:

Se refiere al departamento o servicio que realiza el diagnóstico.

Elegir siempre un ítem y según corresponda.

1	Medicina
2	Cirugía
3	Ginecología
4	Pediatría
5	Emergencia
6	Oncología
7	Cirugía Pediátrica
8	Otros
9	No especificado

Código Topografía:

Indica la localización anatómica del tumor primario. Es un código alfanumérico, que consta de cuatro dígitos (la primera es la letra C y los tres siguientes son números arábigos) y esta basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE – O).

Sólo se registran las localizaciones primarias y si el tumor primario es desconocido, aunque se conozca la localización de la metástasis, se codifica como Localización Primaria Desconocida (C809).

Cuando el tumor notificado resulte ser una recidiva, una metástasis o una extensión de otro que apareció meses o años antes, considerar al tumor primario u origen de esta recaída para efectos del registro y evitar registrarlo como nuevo caso.

Bajo ninguna circunstancia utilizar el CIE – 10, para esta codificación. Por lo tanto no se deben registrar códigos de C81 a C97, ni D00 a D48.

Esta codificación estará a cargo del responsable del registro de la ficha, en base a los datos objetivos encontrados en su historia clínica. Adicionalmente pulsar el botón buscar y dará la topografía del tumor.

Código Morfología:

Indica el tipo de célula que se ha transformado en neoplásica y su actividad biológica, es decir, indica el tipo de tumor que se ha desarrollado y su comportamiento. Es un código numérico, que consta de cinco dígitos y está basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE – O).

El código morfológico completo se compone de tres partes:

4 dígitos	Tipo de células (histología)
1 dígito	Comportamiento

Cuando se expresan dos morfologías distintas en un mismo tumor se sugiere usar el código más alto.

Esta codificación estará a cargo del responsable del registro de la ficha, en base a los datos objetivos encontrados en su historia clínica (informe del anatomopatólogo).

Si se desconoce los resultados de confirmación diagnóstica (citología, anatomopatología o autopsia), están pendientes de hacer o no se realizaron, consignar el código: 80003 (Tumor Maligno). Adicionalmente pulsar el botón buscar y dará la morfología del tumor.

Grado de Diferenciación:

Se refiere al grado de semejanza o disparidad del tumor con el tejido en el que se originó. Tiene su equivalente en leucemias y linfomas. Cuando se expresan dos grados de diferenciación distintos se sugiere usar el código más alto.

Elegir siempre un ítem y según corresponda.

1	Bien Diferenciado
2	Moderadamente Diferenciado
3	Pobremente Diferenciado
4	Indiferenciado
9	No Determinado

Esta codificación estará a cargo del responsable del registro de la ficha, en base a los datos objetivos encontrados en su historia clínica (informe del anatomopatólogo).

Lateralidad:

Se consigna los datos sobre qué órgano, de los que son pares, está afectado.

Los órganos pares son los siguientes:

C079	Glándula Parótida
C080	Glándula Submaxilar
C081	Glándula Sublingual
C089	Glándula Salivar Mayor
C090	Fosa Amigdalina
C099	Amígdala
C091	Pilar Amigdalino
C301	Trompa Eustaquio (oído medio)
C310	Seno Maxilar
C312	Seno Frontal
C341	Lóbulo Superior Pulmón
C342	Lóbulo Medio Pulmón
C343	Lóbulo Inferior Pulmón
C348	Pulmón, dos o más subcategorías
C349	Pulmón, SAI
C384	Pleura
C500-C509	Mama femenina
C509	Mama masculina
C569	Ovario
C570	Trompa de Falopio
C620	Testículo no descendido
C621	Testículo descendido
C629	Testículo
C630	Epidídimo
C631	Cordón Espermático
C632	Escroto
C637	Otras Localizaciones Genitales Masculinas
C649	Parénquima Renal
C659	Pelvis Renal
C669	Uréter
C690-C699	Globo Ocular
C740	Corteza Suprarrenal
C741	Medula Suprarrenal
C749	Glándula Suprarrenal
C750	Glándula Paratiroides
C754	Cuerpo Carotideo

Elegir siempre una alternativa según corresponda al valor final:

0	Órgano no Par
1	Derecha
2	Izquierda
3	Bilateral
4	Par Desconocido
9	Desconocido

Base del Diagnóstico:

Es para elegir el método con mayor validez diagnóstica utilizado en el curso de la enfermedad. Es una variable obligatoria. Esta variable debe revisarse ya que información posterior permite su actualización.

Elegir siempre una alternativa según corresponda al valor final:

0	Sólo por Certificado de Defunción
1	Solamente Clínico
2	Por imágenes
3	Por endoscopia, Colonoscopia, IVVA, etc.
4	Cirugía exploradora
5	Exámenes Bioquímicos y/o inmunológicos
6	Citología o hematología Lámina
7	Histología de Metástasis
8	Histología de tumor primario
9	Autopsia
10	Base del Diagnóstico desconocida

The screenshot shows a web-based form for medical data entry. Several fields are highlighted with red arrows and red circles:

- Cod. Topografía (Según CIE - O):** A text input field containing 'C186' and a 'Buscar' button.
- Cod. Morfología (Según CIE - 8):** A text input field containing '82103' and a 'Buscar' button.
- Grado de diferenciación:** A dropdown menu with the value '[2] Moderadamente Diferenciado' selected.
- Lateridad:** A dropdown menu with the value '[0] Organo No Par' selected.
- Base del Diagnóstico:** A dropdown menu with the value '[8] Histología de tumor primario' selected.
- Diagnóstico Histológico:** A text area containing the text 'ADENOCARCINOMA EN POLIPO ADENOMATOSO EN COLON DESCENDENTE'.
- Nro. Anatomía Patológica:** A text input field containing 'MA12454207'.

At the bottom of the form, there are two buttons: 'Anterior' and 'Siguiete'.

Diagnóstico Histológico:

Se anotará en letras mayúsculas y sin acentos. No usar abreviaturas, ni estadios, ni topografía, ni métodos de diagnóstico.

Se recuerda que el diagnóstico es el especificado por los anatomo-patólogos, por lo que se recomienda transcribir literalmente dicho diagnóstico.

Nro. Anatomía Patológica:

Se anotará de acuerdo al registro del área de Anatomía Patológica. Siempre, si usa letras, en mayúsculas.

d. Datos del Tratamiento

Tipos de Tratamiento:

Registrará ninguno, el tratamiento o los diferentes tratamientos que el caso reciba durante su control en la institución.

Si no ha recibido tratamiento (sea por estar en evaluación, el paciente rechaza el mismo o se decida no tratar), registrar como NINGUNO. Dicha acción bloqueará las demás alternativas de tratamiento.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

Hospital Paciente Diagnóstico **Tratamiento** Mortalidad

Datos del Tratamiento

Tipos de Tratamiento:

Cirugía Radioterapia Inmunoterapia Medicina Nuclear
 Quimioterapia Hormono Terapia Terapia Biológica Cuidados Paliativos/Manejo del Dolor

Ninguno

Fecha de Incidencia:
17/07/07

Fecha Inicio Tratamiento:
17/07/07
(dd / mm / aa)

Fecha último Control:
10/03/08

Status:
[1] VCE - Visto con Enfermedad

Anterior **Guardar Ficha**

Si se inicia tratamiento marcar el tipo elegido (Valores finales: 0 = No y 1 = Sí). Si ello ocurriera después de un primer control, en el que se eligió NINGUNO, DESBLOQUEAR primero éste y luego recién elegir el tipo de tratamiento.

Si el caso recibe más de un tipo de tratamiento, elegir tantos como los haya recibido. Recordar que sólo se registra la primera vez, aún cuando haya recibido más de una vez o sesión de dicho tipo de tratamiento. Si ha recibido algún tipo de tratamiento este no debe desbloquearse.

Si por alguna razón se eligiera un tipo de tratamiento y luego se comprobara que no lo recibió, NO OLVIDAR DESBLOQUEAR EL TIPO DE TRATAMIENTO antes de elegir NINGUNO.

Fecha de Incidencia:

En esta área la fecha de incidencia está registrada por defecto y no puede ser cambiada.

Fecha Inicio Tratamiento:

Se anota día, mes y año (dd/mm/aa). Se registra la fecha en que el caso inicia su primer tratamiento para el cáncer en el Hospital o Institución similar que reporta, y no debe considerarse otro tipo de tratamiento, con excepción del tratamiento paliativo en el manejo del dolor. Se anota el primer tipo de tratamiento independiente con cuál inicia o la combinación que se realice.

Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra sólo los dos últimos dígitos).

Si en los tipos de tratamiento se eligiera NINGUNO, por defecto la variable asumirá la fecha de incidencia.

Status:

Registra la condición del caso en el seguimiento. Se considera Perdido de vista si no tiene controles por más de 6 meses.

Elegir siempre una alternativa según corresponda al valor final:

1	VCE - Visto con Enfermedad
2	CSE - Visto sin enfermedad
3	M – Muerto
4	PVCE - Perdido de vista con enfermedad
5	PVSE - Perdido de vista sin enfermedad

Causa de la Muerte:

Describe la categoría general como causa de muerte, permitiendo discriminar si el cáncer fue el motivo de la misma. Se activa cuando en la variable STATUS se elige la condición 3 M – Muerto.

Elegir siempre una alternativa según corresponda al valor final:

1	Cáncer
2	Otra Enfermedad
3	Infecciosa
4	Accidente
5	Desconocida

Fecha último Control:

En esta área la fecha de último control esta registrada por defecto y no puede ser cambiada.

e. Datos de Mortalidad

Lugar de Deceso:

Describe el lugar donde ocurrió la muerte del caso con diagnóstico de cáncer.

Elegir siempre una alternativa según corresponda al valor final:

1	INEN
2	Hospital - Clínica
3	Domicilio
4	Otros
5	Ignorado

Fecha Defunción:

Se anotará día, mes y año (dd/mm/aa). Se registra la fecha en que el caso fallece. Observar que en la parte inferior del campo, en rojo, se muestra la forma de ingresar el dato (el año se registra sólo los dos últimos dígitos).

Causas de Muerte

Elegir las causas de deceso del caso, siguiendo las normas establecidas para el Certificado de Defunción y de acuerdo a la CIE – 10. Son tres variables que se deben llenar como:

- A Causa Directa: Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.
- B Causa Intermedia: Estado morbo, si existiera alguno, que produjo la Causa Directa.
- C Causa Básica: Estado morbo que produjo la Causa Intermedia (si existiera) o Directa e inicio todo el desenlace.

Cod. Enfermedad A:

Es la causa directa de la muerte. Registrar como código de CIE – 10, anotando una letra y hasta tres dígitos (letra en mayúsculas seguidos de dos o tres números arábigos). Pulsar buscar y registrará el daño consignado.

Cod. Enfermedad B:

Es la causa intermedia de la muerte, si existiera. Registrar como código de CIE – 10, anotando una letra y hasta tres dígitos (letra en mayúsculas seguidos de dos o tres números arábigos). Pulsar buscar y registrará el daño consignado.

Cod. Enfermedad C:

Es la causa básica de la muerte. Registrar como código de CIE – 10, anotando una letra y hasta tres dígitos (letra en mayúsculas seguidos de dos o tres números arábigos). Pulsar buscar y registrará el daño consignado.

Enfermedad Concurrente:

Son otros estados patológicos significativos que pudieron o no contribuir a la muerte, pero no relacionados a la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Se anotará en letras mayúsculas y sin acentos. Basarse en el CIE – 10, y no usar abreviaturas, ni estadios, ni topografía, ni métodos de diagnóstico, ni tratamientos.

Médico que certificó la defunción:

CMP:

Anotar el número del Colegio Médico del Perú del facultativo que certificó la defunción. Pulsar buscar y registrará los Apellidos y Nombres del médico en el campo siguiente.

Nombres y Apellidos:

Registra por defecto, según el número de Colegio Médico del Perú, los apellidos y nombres del médico. La base de datos del registro de los números del Colegio Médico del Perú se actualiza en forma anual, pero eventualmente podría no registrar por defecto el nombre del facultativo, en cuyo caso se registrará el nombre del facultativo en Datos Adicionales.

Datos Adicionales:

Sirve para adjuntar datos adicionales que se consideren relevantes. En caso de que la variable anterior no registrara los apellidos y nombres del médico, deberá registrarse en este campo.

PULSAR GUARDAR LA FICHA, y por defecto, luego de grabar la ficha, el aplicativo comunica el número de ficha asignado al caso.

f. Normas para valores finales de Desconocido, No determinado y No especificado:

Los valores finales de Desconocido, No Determinado y No especificado se aplicarán cuando es imposible obtener información de la variable o dato correspondiente ni en la Historia Clínica ni en ninguna de las fuentes complementarias existentes en la jurisdicción del Hospital o Institución similar o DISA/DIRESA. Son excepción en Cod. Topografía y Cod. Morfología donde se aplicará lo especificado líneas arriba.

Recordar que es necesario y obligatorio tener todos los datos o variables completos, lo que contribuye a una mejora en la cantidad y, especialmente, en la calidad de la información que se obtiene del Registro de Cáncer.

Datos de Mortalidad

Lugar de Deceso: [2] Hospital / Clínica

Fecha Defunción: 17/03/2008 (dd / mm / aa)

Causas de Muerte

Cod. Enfermedad (Según CIE - 10)

A) A41 Buscar

B) K91 Buscar

C) C186 Buscar

Otras septicemias
Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte
Tumor maligno del colon descendente

Enfermedad Concurrente: DIABETES MELLITUS

Médico que Certificó la defunción

CMP: 55103 Buscar

Nombres y Apellidos: There is no row at position 0.

Datos Adicionales: LUZ CLARITA HUAMANI RIVAS

Anterior Guardar Ficha

B. Ingreso de Fichas de Certificados de Defunción

Sólo se investigan y registran o actualizan los Certificados de Defunción que en una de sus Causas de Muerte consigna un Tumor Maligno o tiene como Enfermedad Concurrente un Tumor Maligno.

Con cada Certificado de Defunción se debe buscar la Historia Clínica correspondiente del caso en el Hospital, Institución o los establecimientos del sector en la jurisdicción de DIRESA/DISA.

La finalidad es verificar si ya fue registrado y completar y actualizar su registro o, en su defecto, iniciar su registro en una Ficha de Registro, como caso incidente (es decir, en su deceso recién es captado por los establecimientos de salud, no habiendo sido atendido antes por ello).

Si ya tiene historia clínica sólo se actualizará la ficha de registro. Pero si se trata de un caso incidente, sin historia clínica previa de evaluación por cáncer, el llenado de la ficha de registro tendrá las características que se detallan a continuación, siendo responsabilidad de la DISA/DIRESA hasta su registro.

Su ingreso al sistema es idéntico al Ingreso de Fichas de Casos, con usuario y contraseña.

a. Datos del Hospital

La **Fecha de Admisión** y **Fecha de Último Control** son la Fecha de Defunción.

El **Nº de Historia Clínica** será el número de ficha o de registro del Certificado de Defunción, generado en la DIRESA/DISA, Hospital o Institución, sea por Estadística o Epidemiología.

La **Clase de Caso** será según corresponda: 5 si es por autopsia (si es que no se puede acceder a Historia Clínica) ú 8 si sólo es por el Certificado de Defunción.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- Actualización de ficha
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente Diagnóstico Tratamiento Mortalidad

Datos del Hospital

Fecha Registro: 18/03/2008 11:34:24 a.m.

Hospital: 000006311 Fecha Admisión: 05/03/2008 Historia Clínica: 0000004 Fecha Ultimo Control: 05/03/2008

Clase de Caso: [8] Diagnosticado solo por Certificado de Defunción

Siguiete

b. Datos del Paciente

Los datos de **Nombres y Apellidos, Sexo, Grado de Instrucción, Ocupación, Tipo y Número de Documento**, se encuentran en el Certificado de Defunción, así como los datos de Lugar de Residencia.

La **Fecha de Nacimiento** será calculada según la edad del paciente a la fecha de defunción (como 01/01/año_completo). Anotar según su DNI si se puede acceder a RENIEC o se puede obtener de alguna forma.

Para el **Lugar de Nacimiento** se anotará el **Lugar de Residencia** habitual (Domicilio) si se desconoce. Anotar según su DNI si se puede acceder a RENIEC.

La **Condición de Asegurado** se anotará como 99 (No especificado), a excepción de que se conozca dicho dato.

En **Persona de Referencia** y los datos relacionados se pueden dejar en blanco, salvo el **Tipo de Parentesco** que se marcará 0 (Ninguno).

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- Actualización de ficha
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitales
- Reporte Muertes Hospitales
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

Actualización de ficha de incidencias

Hospital **Paciente** Diagnóstico Tratamiento Mortalidad

Datos Personales del Paciente

Apellido Paterno: SOLOGUREN Sexo: Femenino Grado Instrucción: Superior Universita

Apellido Materno: NIETO Fecha Nacimiento: 01/01/1973 Ocupación: Abogado

Nombres: MIRIAM Tipo Documento: DNI Número Doc: 70386712

Condición de asegurado: No Especificado

Lugar de Nacimiento

Pais: PERU Departamento: LIMA Provincia: LIMA Distrito: LA MOLINA

MIRIAM DNI Doc: U386/12

Condición de asegurado: No Especificado

Lugar de Nacimiento

Pais: PERU Departamento: LIMA Provincia: LIMA Distrito: LA MOLINA

Lugar de Residencia

Departamento: LIMA Provincia: LIMA Distrito: LA MOLINA

Dirección: JR. CIRO ALEGRIA 3015 - SANTA PATRICIA Teléfono Fijo: Teléfono Movil:

Referencias Personales

Nombres y Apellidos: Tipo Parentesco: Ninguno

Dirección: Teléfono:

Anterior Siguiente

email: postmaster@oge.sld.pe
All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

c. Datos del Diagnóstico

El Tipo de Referencia queda por defecto en Iniciativa Propia.

Se dejarán en blanco la Fecha de Referencia, Tiempo de Enfermedad, Clasificación TNM y Estadio Clínico.

En Diagnóstico Clínico, transcribir de acuerdo a lo registrado en el Certificado de Defunción.

La **Fecha de Incidencia** será la Fecha de Defunción, de acuerdo a lo especificado líneas arriba en Ingreso de Fichas de Casos.

En **Métodos de Primer Diagnóstico** se deberá marcar como Desconocido (9), a excepción de que sea Hallazgo Incidental de Autopsia (7), y en **Departamento/Servicio** como No Especificado (9).

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- Actualización de ficha
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente **Diagnóstico** Tratamiento Mortalidad

Datos del Diagnóstico

Por Iniciativa Propia
 Medico Particular
 Por Referencia

Region: AMAZONAS

Servicio de salud médico que refiere: DIRESA AMAZONAS

Fecha Referencia: 18/03/2008 (dd / mm / aa)

Tiempo de Enfermedad: (días)

DX Clínico: CANCER DE MAMA DERECHA

T: N: M: EC:

Fecha Incidencia: 05/03/2008 (dd / mm / aa)

Método del Primer Diagnóstico: [9] Desconocido

Departamento/Servicio: [9] No especificado

En la variable **Cod. Topografía** se deberá codificar según lo especificado en Ingreso de Fichas de Casos. Considerar el CIE – O tanto como tumor primario, si se especifica en el Certificado de Defunción o es resultado de autopsia, como si es desconocido (Localización Primaria Desconocida - C809). La codificación es responsabilidad del registrador.

En la variable **Cod. Morfología**, del mismo modo, se consignará como 80003 (Tumor Maligno), con la excepción de que se haya realizado autopsia y se conozca o tenga acceso al resultado histológico. La codificación se realiza según lo especificado en Ingreso de Fichas de Casos y es de responsabilidad del registrador.

En **Grado de Diferenciación** se anotará como 9 (No Determinado), con la excepción de que se haya realizado autopsia y se conozca o tenga acceso al resultado histológico.

En **Lateralidad** será como 9 (Desconocido) si es órgano par y se desconoce el lado comprometido, a excepción de que el Certificado de Defunción especifique el lado o los lados afectados. Si el órgano no es par, especificar como 0 (Órgano No Par).

En **Base de Diagnóstico** anotar como 0 (Sólo por Certificado de Defunción), con la excepción de que se haya realizado autopsia y se conozca o tenga acceso al resultado histológico, en cuyo caso especificar la base del diagnóstico.

En **Diagnóstico Histológico** y **Nº de Anatomía Patológica** dejar en blanco, con la excepción de que se haya realizado autopsia y se conozca o tenga acceso al resultado histológico.

Sistema de Registros de Cáncer Hospitalarios - Perú - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección <http://cancer.dge.gob.pe/TabDiagnostico.aspx> Ir Vínculos >>

Cod. Topografía (Según CIE - O):
C509 Buscar Tumor maligno de la mama, parte no especificada

Cod. Morfología (Según CIE - O):
80003 Buscar TUMOR MALIGNO

Grado de diferenciación:
[9] No Determinado

Lateridad:
[1] Derecha

Base del Diagnóstico:
[0] Sólo por Certificado de Defunción

Diagnóstico Histológico: **Nro. Anatomía Patológica:**

Anterior Siguiente

d. Datos del Tratamiento

En **Tipo de Tratamiento** no realizar ninguna anotación.

En **Fecha de Inicio de Tratamiento** registrar la fecha de defunción.

En **Status** anotar como Muerte (3) y en **Causa de Muerte** según corresponda. En esta última anotar de acuerdo a la Causa Básica de Muerte, si ello es un tumor maligno, anotar como 1 (Cáncer). Si el tumor maligno está consignado como Enfermedad Concurrente o no relacionado con la enfermedad que produjo la muerte, anotar según la Causa Básica de Muerte.

e. Datos de Mortalidad

En **Lugar de Deceso** anotar según sitio de ocurrencia del Certificado de Defunción y anotar **Fecha de Defunción** registrado.

En **Causas de Muerte** anotar tal como consigna el Certificado de Defunción. Se debe registrar de acuerdo al CIE – 10 y es responsabilidad del registrador.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Contáctenos

Menu

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente Diagnóstico **Tratamiento** Mortalidad

Datos del Tratamiento

Tipos de Tratamiento:

Cirugía Radioterapia Inmunoterapia Medicina Nuclear
 Quimioterapia Hormono Terapia Terapia Biológica Cuidados Paliativos/Manejo del Dolor
 Ninguno

Fecha de Incidencia: 05/03/2008

Fecha Inicio Tratamiento: 05/03/2008 (dd / mm / aa)

Fecha último Control: 05/03/2008

Status: [3] M - Muerto

Causa de la muerte: [1] Cancer

Anterior Siguiente

Menu

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente Diagnóstico Tratamiento **Mortalidad**

Datos de Mortalidad

Lugar de Deceso: [3] Domicilio

Fecha Defunción: 05/03/2008 (dd / mm / aa)

Causas de Muerte

Cod. Enfermedad (Según CIE - 10)

A) J99 Buscar Trastornos respiratorios en enfermedades clasificadas en otra parte
B) C78 Buscar Tumor maligno secundario de los órganos respiratorios y digestivos
C) C509 Buscar Tumor maligno de la mama, parte no especificada

Enfermedad Concurrente: ANEMIA CRONICA

Médico que Certificó la defunción

CMP: 55103 Buscar

Nombres y Apellidos: JUAN PEREZ PEREZ

Datos Adicionales: JUAN PEREZ PEREZ

Anterior Guardar Ficha

En **Enfermedad Concurrente** anotar según lo consignado en el Certificado de Defunción.

Anotar **CMP** y **Nombre y Apellidos** del Médico que certifica la Defunción.

PULSAR GUARDAR LA FICHA, y por defecto, luego de grabar la ficha, el aplicativo comunica el número de ficha asignado al caso.

C. Para Neoplasias Malignas Múltiples:

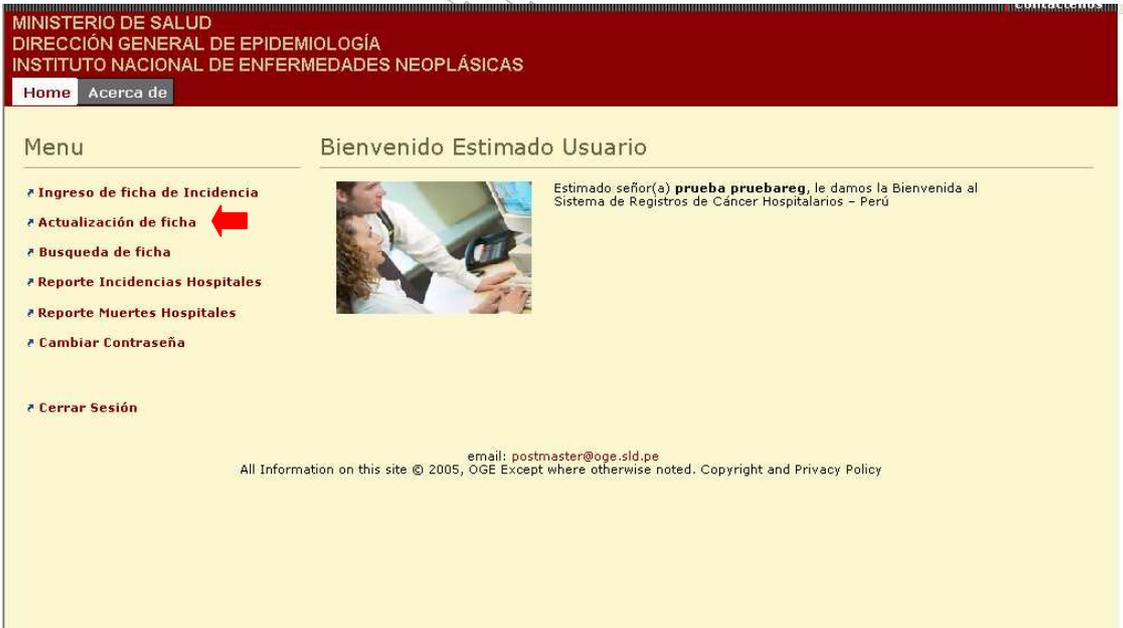
Se aplicarán los criterios de acuerdo al Centro Internacional de Investigaciones sobre Cáncer (Internacional Agency for Research on Cancer –IARC–), los mismos que se encuentran detallados en el CIE-O (Anexo N° 02).

Cada tumor se registrará por separado, ya que se registran casos y no personas. Estarán vinculados entre sí, lo que permitirá reconstruir la historia completa de cada paciente.

II. Actualización de Ficha

Se aplica especialmente cuando al caso se le realiza un seguimiento (sea durante su evaluación, tratamiento o post-tratamiento), y si algunas variables han sido registradas en forma errónea, modificadas o se les detecta como error de digitación durante el control de calidad. Aún en el caso de registro único, como en el Certificado de Defunción, en el que se pudieron cometer los mismos errores mencionados. Por ello dichos datos deben ser corregidos o actualizados, ya que el proceso de registro es dinámico y permite mantener la información lo más actualizada y correcta posible.

Del mismo modo que para el ingreso de Ficha de Registro de Casos el sistema solicita usuario y contraseña. Luego pulsar la opción Actualización de Ficha.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu Bienvenido Estimado Usuario

Estimado señor(a) **prueba pruebareg**, le damos la Bienvenida al Sistema de Registros de Cáncer Hospitalarios - Perú

- Ingreso de ficha de Incidencia
- **Actualización de ficha**
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

email: postmaster@oge.sld.pe
All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

A. Número de Ficha:

Al elegir la opción Actualización de Ficha, aparece esta variable, que solicita el número de ficha del caso que requiere actualizar o modificar sus datos.

Colocar el número de ficha, la cual tiene que ser exacta, y pulsar buscar.

El modo de acceder al número de la Ficha se explicará más adelante.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

Actualización de fichas

Ingreso de ficha de Incidencia

Actualización de ficha

Busqueda de ficha

Reporte Incidencias Hospitalares

Reporte Muertes Hospitalares

Cambiar Contraseña

Cerrar Sesión

Estimado usuario, ingrese el numero de la ficha, que desea actualizar. Luego haga clic sobre el botón [Buscar]

Número de Ficha: 0000063110800003

Buscar

email: postmaster@oge.sld.pe
All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

B. Datos del Hospital:

Dado que sólo se debe actualizar los datos, en esta área no debe haber modificaciones si la digitación de los mismos ha sido hecha de manera correcta. Pero la Fecha Ultimo Control sí debe actualizarse en los RHC.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente Diagnóstico Tratamiento Mortalidad

Datos del Hospital

Fecha Registro: 18/03/2008 02:46:59 p.m.

Hospital: 000006311

Fecha Admisión: 01/03/2008 (dd / mm / aa)

Historia Clínica: 124578

Fecha Ultimo Control: 01/03/2008 (dd / mm / aa)

Clase de Caso: [2] Diagnosticado en otra institución y recibiendo todo o parte del tratamiento inicial en el hospital reportan

Siguiete

Eventualmente, por error de digitación, se puede corregir alguna de ellas, como Historia Clínica, Clase de Caso, etc.

Los cambios se harán de acuerdo a los criterios establecidos en el Ingreso de Ficha de Incidencia.

C. Datos del Paciente:

Como sólo se debe actualizar los datos, en esta área no debe haber modificaciones si la digitación de los mismos ha sido hecha de manera correcta, con excepción de que recién se cuente con el DNI, recién se haya visualizado este documento, se tiene acceso a RENIEC o la historia clínica (o su revisión) obligue a realizarlas.

Eventualmente, por ausencia del dato (por ejemplo: DNI) o error de digitación, se puede corregir cualquiera de ellas, siendo los más frecuentes Apellidos y/o Nombres, Lugar de Nacimiento o Residencia, Datos de la Referencia, etc.

Los cambios se harán de acuerdo a los criterios establecidos en el Ingreso de Ficha de Incidencia.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

Actualización de ficha de incidencias

Hospital **Paciente** Diagnóstico Tratamiento Mortalidad

Datos Personales del Paciente

Apellido Paterno: AQUIJE

Apellido Materno: AQUIJE

Nombres: ANTONIA

Condición de asegurado: No Asegurado

Sexo: Femenino

Grado Instrucción: Superio Universita

Fecha Nacimiento: 06/04/1930 (dd / mm / aaaa)

Ocupación: Agricultor

Tipo Documento: Sin documento

Número Doc: Sin Numero

Lugar de Nacimiento

Pais: PERU

Departamento: APURIMA

Provincia: ANDAHUAYLAS

Distrito: PACOBAMBA

D. Datos del Diagnóstico:

En esta área sí se deben producir actualizaciones periódicas en los Registros Hospitalarios de Cáncer hasta llegar al diagnóstico confirmatorio histológico y de extensión del tumor, **mientras no haya iniciado tratamiento**. Iniciado el tratamiento la Clasificación TNM y el EC quedan tal como están, así se produzca modificaciones posteriores en la evolución del caso.

En el caso de los Certificados de Defunción eventualmente podrían producirse modificaciones, si se ha realizado y se accede a la información de la autopsia.

Las variables que deben, con relativa o variable frecuencia, ser modificadas, según la evolución del tumor, son:

Extensión de la Enfermedad (Clasificación TNM)
EC (Estadio Clínico)

Cod. Topografía
Cod. Morfología
Grado de Diferenciación
Lateralidad
Base del Diagnóstico
Diagnóstico Histológico
Nº de Anatomía Patológica

Los cambios se harán de acuerdo a los criterios establecidos en el Ingreso de Ficha de Incidencia.

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- Actualización de ficha
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente **Diagnóstico** Tratamiento Mortalidad

Datos del Diagnóstico

Por Iniciativa Propia
 Medico Particular
 Por Referencia

Region:
LIMA ESTE (LIMA IV)

Servicio de salud médico que refiere:
HOSP. LOCAL VITARTE

Fecha Referencia:
25/02/2008
(dd / mm / aa)

Tiempo de Enfermedad:
270 (días)

DX Clínico:
CANCER DE CUELLO DE UTERO

T: N: M: EC:

Fecha Incidencia:
25/08/2007
(dd / mm / aa)

Método del Primer Diagnóstico:
[2] Hallazgo incidental por exploración clínica

Departamento/Servicio:
[3] Ginecología

Cod. Topografía (Según CIE - O):
C531 Buscar

Cod. Morfología (Según CIE - O):
81473 Buscar

Grado de diferenciación:
[2] Moderadamente Diferenciado

Lateralidad:
[0] Organos No Par

Base del Diagnóstico:
[8] Histología de tumor primario

Diagnóstico Histológico:
ADENOCARCINOMA BASOCELULAR NO INFILTRATIVO MODERADAMENTE DIFERENCIADO

Nro. Anatomía Patológica:
20071254

Anterior Siguiente

E. Datos del Tratamiento:

En esta área también se deben producir actualizaciones periódicas en los Registros Hospitalarios de Cáncer de acuerdo al tratamiento que se le otorga al caso, dependiendo del diagnóstico confirmatorio histológico y de la extensión del tumor.

Las variables que deben ser modificadas, según la evolución del tumor, son:

- Tipos de Tratamiento**
- Fecha Inicio Tratamiento**
- Status**

Si el STATUS cambia a **M – Muerto**, se debe modificar también la CAUSA DE MUERTE, que aparecerá al elegir dicho valor final.

Los cambios se harán de acuerdo a los criterios establecidos en el Ingreso de Ficha de Incidencia.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente Diagnóstico **Tratamiento** Mortalidad

Datos del Tratamiento

Tipos de Tratamiento:

Cirugía Radioterapia Inmunoterapia Medicina Nuclear

Quimioterapia Hormono Terapia Terapia Biológica Cuidados Paliativos/Manejo del Dolor

Ninguno

Fecha de Incidencia: 25/08/2007

Fecha Inicio Tratamiento: 05/03/2008
(dd / mm / aa)

Fecha último Control: 01/03/2008

Status: [1] VCE - Visto con Enfermedad

Escoja Una

[1] VCE - Visto con Enfermedad

[2] VSE - Visto sin Enfermedad

[3] M - Muerto

[4] PVCE - Perdido de Vista con Enfermedad

[5] PVSE - Perdido de Vista sin Enfermedad

Anterior Guardar Ficha

F. Datos de Mortalidad

Obviamente al fallecer el caso esta área debe ser actualizada y se llenará de acuerdo a los criterios establecidos en el Ingreso de Ficha de Incidencia.

Todas las variables deben ser llenadas:

- Lugar de Deceso**
- Fecha de Defunción**, que por defecto señala como fecha el 01/01/1900
- Cod. Enfermedad A**
- Cod. Enfermedad B**
- Cod. Enfermedad C**
- Enfermedad Concurrente**
- CMP**
- Nombres y Apellidos (del Médico)**
- Datos Adicionales**

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Actualización de ficha de incidencias

Hospital Paciente Diagnóstico **Tratamiento** Mortalidad

Datos del Tratamiento

Tipos de Tratamiento:

Cirugía Radioterapia Inmunoterapia Medicina Nuclear
 Quimioterapia Hormono Terapia Terapia Biológica Cuidados Paliativos/Manejo del Dolor
 Ninguno

Fecha de Incidencia: 25/08/2007

Fecha Inicio Tratamiento: 05/03/2008
(dd / mm / aa)

Fecha último Control: 01/03/2008

Status: [3] M - Muerto

Causa de la muerte: [2] Otra Enfermedad

Anterior Siguiete

Actualización de ficha
Busqueda de ficha
Reporte Incidencias Hospitalares
Reporte Muertes Hospitalares
Cambiar Contraseña
Cerrar Sesión

Datos de Mortalidad

Lugar de Deceso: [2] Hospital / Clínica

Fecha Defunción: 18/03/08
(dd / mm / aa)

Causas de Muerte

Cod. Enfermedad (Según CIE - 10)

A) [21] Buscar **Infarto agudo del miocardio**
Trastornos de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares en enfermedades clasificadas en otra parte

B) [79] Buscar **Diabetes mellitus insulino dependiente**

C) [E10] Buscar

Enfermedad Concurrente: CANCER DE CUELLO DE UTERO

Médico que Certificó la defunción

CMP: 55103 Buscar

Nombres y Apellidos: There is no row at position 0.

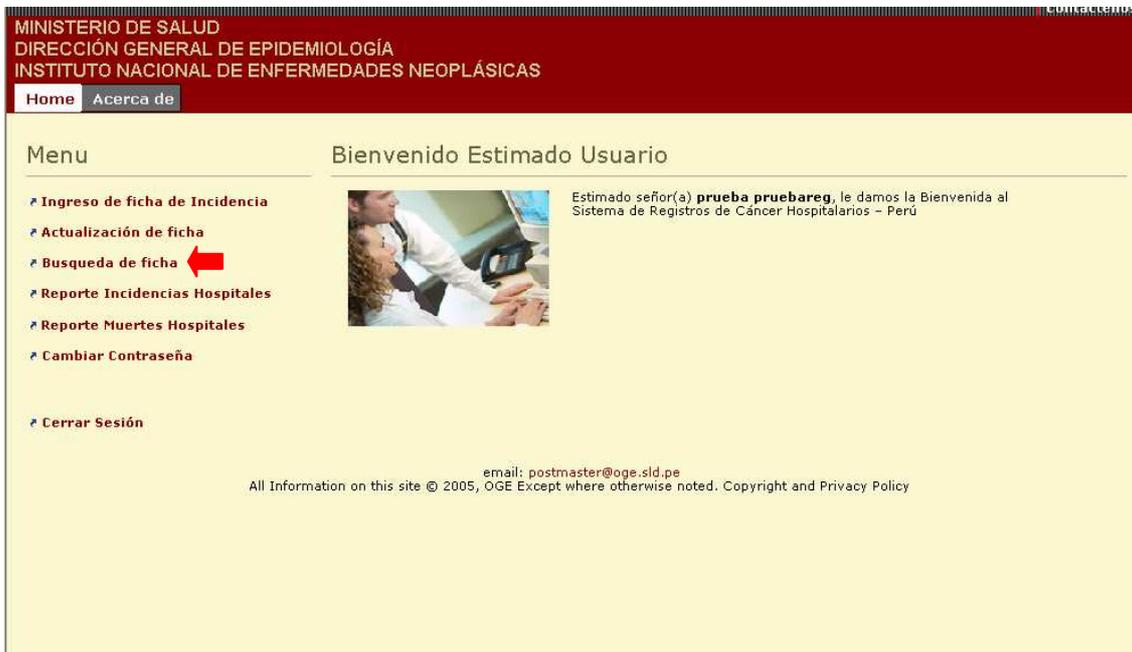
Datos Adicionales: JUAN PEREZ PEREZ

Anterior Guardar Ficha

Se reitera que eventualmente cuando se produce duplicidad (ingreso reiterado del mismo caso) y es detectado en el control de calidad, se debe modificar el último (o últimos) registro(s) con los datos de otro caso, a través de esta opción (Actualización de Ficha).

III. Búsqueda de Ficha

Cuando al caso se le realiza un seguimiento, sea durante su evaluación, tratamiento o post-tratamiento, algunas variables deben ser actualizadas. Ello requiere entonces identificar al caso, lo cual puede ser difícil si se pretende revisar la base de datos y esta es relativamente numerosa.



The screenshot shows the website header with the text: MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. Below the header are navigation links: Home, Acerca de. The main content area is titled 'Bienvenido Estimado Usuario' and contains a 'Menu' on the left with the following items: Ingreso de ficha de Incidencia, Actualización de ficha, Busqueda de ficha (highlighted with a red arrow), Reporte Incidencias Hospitalares, Reporte Muertes Hospitalares, Cambiar Contraseña, and Cerrar Sesión. To the right of the menu is a small image of a doctor and a patient, and a welcome message: 'Estimado señor(a) prueba pruebareg, le damos la Bienvenida al Sistema de Registros de Cáncer Hospitalarios - Perú'. At the bottom, there is an email address: postmaster@oge.sld.pe and a copyright notice: 'All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy'.

El aplicativo presenta este link que ayuda rápidamente a identificar al caso, dentro de un número menor de casos que puedan compartir el apellido paterno, en un periodo de tiempo dado.

Al elegir este link se presentan tres campos:

Apellido Paterno Paciente:

Desde Fecha:

Hasta Fecha:

Estos campos deben ser llenados, de acuerdo a lo solicitado, hacer clic en Buscar, y el resultado será una lista de casos con los siguientes datos:

FICHA
APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRES
FECHA DE REGISTRO

Escoger el caso buscado, seleccionar el número de ficha, copiar con botón derecho del ratón (Mouse) y luego ir a ACTUALIZACION DE FICHA. Ubicarse en el campo de NUMERO DE FICHA y pegarlo. Continuar con el procedimiento descrito anteriormente para actualizar o modificar la ficha del caso.

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- Actualización de ficha
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

Busqueda de fichas

Estimado usuario, ingrese el apellido paterno del paciente y el rango de fecha de ingreso de la ficha que desea buscar. Luego haga clic sobre el botón **[Buscar]**

Apellido Paterno Paciente:

Desde Fecha: (dd / mm / aa)

Hasta Fecha: (dd / mm / aa)

All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- Actualización de ficha
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña
- Cerrar Sesión

Busqueda de fichas

Estimado usuario, ingrese el apellido paterno del paciente y el rango de fecha de ingreso de la ficha que desea buscar. Luego haga clic sobre el botón **[Buscar]**

Apellido Paterno Paciente:

Desde Fecha: (dd / mm / aa)

Hasta Fecha: (dd / mm / aa)

Registros Encontrados

FICHA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA REG.	FICHA
0000063110800001	GARCIA	MENESES	EZEQUIEL	26/02/2008 12:36:58 p.m.	0000063110800001

1

All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de Contáctenos

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- **Actualización de ficha** ←
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña

- Cerrar Sesión

Busqueda de fichas

Estimado usuario, ingrese el apellido paterno del paciente y el rango de fecha de ingreso de la ficha que desea buscar. Luego haga clic sobre el botón **[Buscar]**

Apellido Paterno:

Paciente: Desde Fecha: (dd / mm / aa)

Hasta Fecha: (dd / mm / aa)

Registros Encontrados

FICHA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA REG.	FICHA
0000063110800001	GARCIA	MENESES	EZEQUIEL	26/02/2008 12:36:58 p.m.	0000063110800001
1					

email: postmaster@oge.sld.pe
All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Home Acerca de

Menu

- Ingreso de ficha de Incidencia
- **Actualización de ficha** ←
- Busqueda de ficha
- Reporte Incidencias Hospitalares
- Reporte Muertes Hospitalares
- Cambiar Contraseña

- Cerrar Sesión

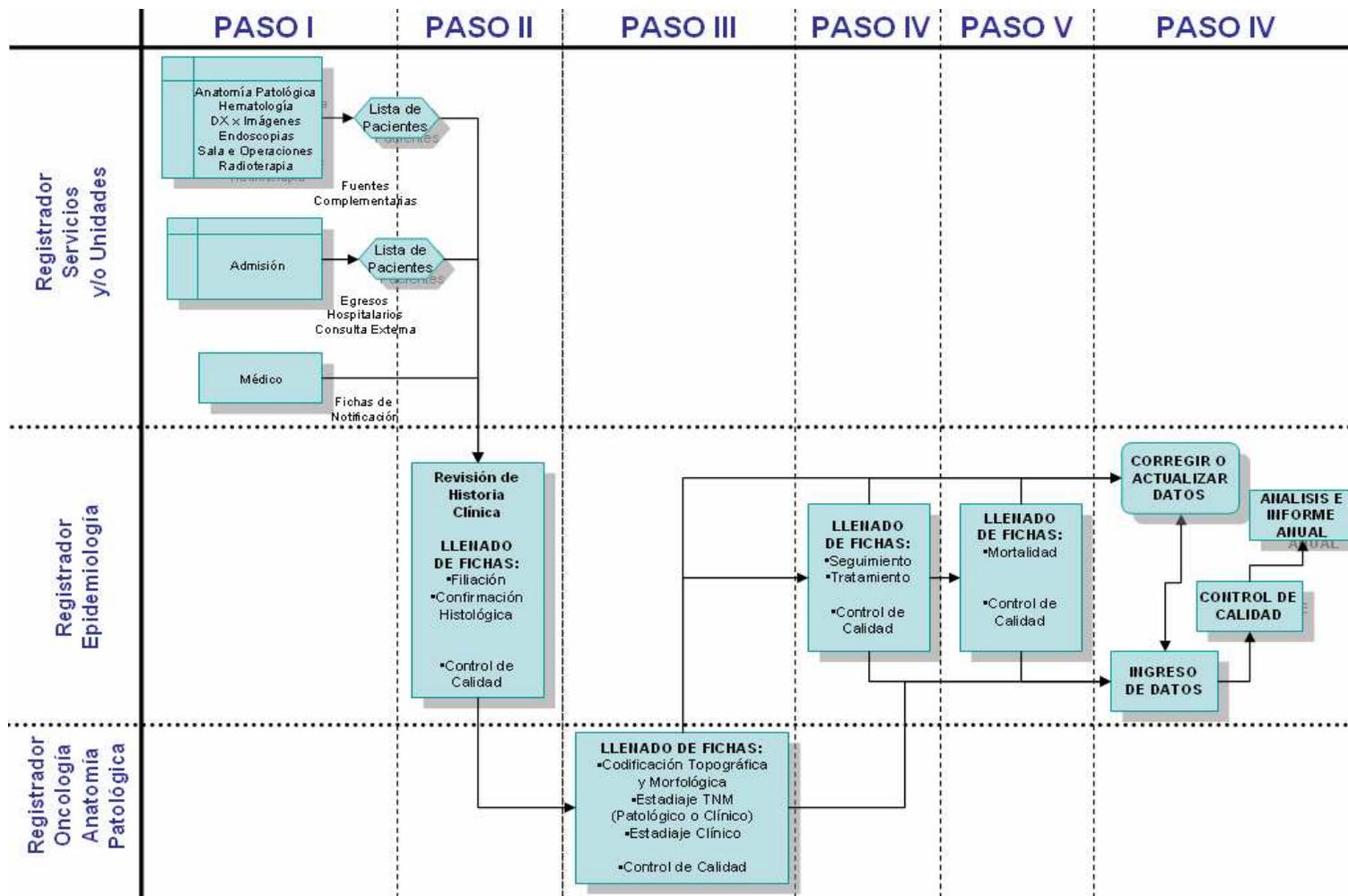
Actualización de fichas

Estimado usuario, ingrese el numero de la ficha, que desea actualizar. Luego haga clic sobre el botón **[Buscar]**

Número de Ficha:

email: postmaster@oge.sld.pe
All Information on this site © 2005, OGE Except where otherwise noted. Copyright and Privacy Policy

ANEXO Nº 01 RHC: FLUJOGRAMA DE RECOLECCION Y REGISTRO DE DATOS EN FICHA DE REGISTRO



ANEXO Nº 02

NEOPLASIAS PRIMARIAS MÚLTIPLES

Las neoplasias múltiples presentan muchas dificultades de codificación. Ellas se pueden presentar en la forma de:

1. Dos o más neoplasias separadas en diferentes localizaciones topográficas.
2. Ciertas afecciones que se caracterizan por afecciones múltiples.
3. Linfomas que, en el momento del diagnóstico, a menudo comprometen a múltiples ganglios linfáticos u órganos del cuerpo.
4. Dos o más neoplasias de morfología diferente que se presentan en la misma localización.
5. Una neoplasia única que compromete a múltiples localizaciones, pero cuyo sitio preciso de origen no puede ser determinado.

Un grupo de trabajo del IARC recomendó las definiciones para las neoplasias múltiples con el propósito de que los informes de incidencia permitan una comparación internacional.

Sus recomendaciones son:

1. El reconocimiento de la existencia de dos o más tumores primarios no depende del tiempo.
2. Un cáncer primario es aquel que se origina en un tejido o localización primaria y no es una extensión, una recidiva o una metástasis.
3. Solamente se reconocerá un tumor con origen en un órgano o par de órganos o un tejido.

La CIE – 10 y la tercera edición de CIE – O tienen un conjunto más detallado de códigos topográficos. Las localizaciones englobadas en algunos grupos de códigos se consideran como un órgano individual para la definición de tumores múltiples. El cuadro A presenta esos grupos de códigos topográficos.

Los tumores multifocales –es decir, masas aparentemente discretas sin continuidad con otros tumores primarios dentro del *mismo* órgano o tejido primario como, por ejemplo, la vejiga urinaria– se cuentan como un solo tumor.

El cáncer de piel es un problema especial porque el mismo individuo puede tener muchas de esas neoplasias en el curso de su vida. La regla de la IARC/IACR¹ para el cálculo de incidencia establece que solo el primer tumor de un tipo histológico definido, *en cualquier parte de la piel*, se cuenta como un incidente de cáncer a menos que, por ejemplo, uno de ellos fuera un melanoma maligno y el otro un carcinoma basocelular.

4. La regla 3 no se aplica en dos circunstancias:
 - 4.1. Para cánceres sistémicos o multicéntricos que potencialmente comprometen varios órganos separados, se incluyen cuatro grupos histológicos: linfomas, leucemias, sarcoma de Kaposi y mesotelioma (grupos 7, 8, 9 y 10 en el cuadro B). Ellos se cuentan solamente una vez en cada individuo.
 - 4.2. Otras histologías específicas se considera que son diferentes para el propósito de definir tumores múltiples (grupos 1, 2, 3, 4, 6, y 11 en el cuadro B). Por lo tanto, un tumor que aparece en el mismo órgano, pero con histología “diferente”, se considera como un nuevo tumor. Los grupos 5 y 12 comprenden tumores que todavía no han sido tipificados histológicamente en forma satisfactoria y, por lo tanto, no se pueden distinguir de otros grupos.

¹ International Association of Cancer Registries

Cuadro A. Grupos de códigos topográficos de la segunda y tercera edición de la CIE – O considerados como una localización única en la definición de cánceres múltiples

Segunda/ tercera edición		Primera edición
C01	Base de la lengua	141
C02	Otras partes y las no especificadas de la lengua	
C05	Paladar	145
C06	Otras partes y la no especificadas del paladar	
C07	Glándula parótida	142
C08	Otras partes y las no especificadas de las glándulas salivales mayores	
C09	Amígdala	146
C10	Orofaringe	
C12	Seno Piriforme	148
C13	Hipofaringe	
C19	Unión rectosigmoidea	154
C20	Recto	
C23	Vesícula biliar	156
C24	Otras partes y las no especificadas de las vías biliares	
C30	Fosas nasales y oído medio	160
C31	Senos paranasales	
C33	Tráquea	162
C34	Bronquios y Pulmón	
C37	Timo	164
C38.0-3	Corazón y mediastino	164
C38.8	Lesión de sitios contiguos del corazón, del mediastino y de la pleura	165.8
C40	Hueso, articulaciones y cartílagos articulares de los miembros	170
C41	Hueso, articulaciones y cartílagos articulares de otros sitios y de sitios insospechados	
C51	Vulva	184.4
C52	Vagina	184.0
C57.7	Otras partes especificadas de los órganos genitales femeninos	184.9
C57.8-9	Lesión de sitios contiguos y de los órganos genitales femeninos, SAI	184.8, 184.9
C60	Pene	187
C63	Otras partes y las no especificadas de los órganos genitales masculinos	
C64	Riñón	189
C65	Pelvis renal	
C66	Uréter	
C68	Otros órganos urinarios y los no especificados	
C74	Glándula suprarrenal	194.0
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	194

Cuadro B. Grupos de neoplasias malignas considerados como histológicamente “diferentes” para el propósito de definir tumores múltiples (adaptado de Berg, 1994)

	Carcinomas	Código
1.	Carcinomas epidermoides	M-805 - M-808, M-812, M-813
2.	Carcinomas basocelulares	M-809 – M-811
3.	Adenocarcinomas	M-814, M-816, M-819 – M-822, M-826 – M-833, M-835 – M-855, M-857, M894
4.	Otros carcinomas especificados	M-803, M-804, M-815, M-817, M-818, M-823 – M825, M-834, M-856, M-858 – M-867
(5.)	Carcinomas no especificados (SAI)	M-801, M-802
6.	Sarcomas y tumores de tejidos blandos	M-868 – M-871, M-880 – M-892, M-899, M-904, M-912, M-913, M-915 – M-925, M-937, M-954 – M-958
7.	Linfomas	M-959 – M-972
8.	Leucemias	M-980 – M-994, M-995, M-996, M-998
9.	Sarcoma de Kaposi	M-914
10.	Mesotelioma	M-905
11.	Otros tipos de cáncer especificados	M-872 – M-879, M-893, M-895 – M-898, M-900 – M-903, M-906 – M-911, M-926 – M-936, M-938 – M-953, M-973 – M-975, M-976
(12.)	Tipos de cáncer no especificados	M-800, M-997