



MANUAL

de procedimiento del

REGISTRO de

CÁNCER de

EUSKADI

31 de mayo de 2019

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Objetivos ámbito del Registro de Cáncer de Euskadi	5
3. Definiciones	6
4. Variables del Registro de Cáncer de Población de la CAV	11
5. Fuentes de información: hospitalarias y extrahospitalarias	27
6. Procesamiento de los datos	30
7. Confidencialidad de los datos	34
8. Control de calidad	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1: Grupos de códigos topográficos considerados como un único sitio para la definición de tumores múltiples	10
Tabla 2: Grupos de neoplasias malignas consideradas como histológicamente "diferentes" para la definición de tumores múltiples. (Adaptado de Berg, 1996)	11
Tabla 3. Bilateralidad. Lista de órganos pares	18
Tabla 4: Tipos morfológicamente aceptados sin confirmación histológica	23
Tabla 5. Marcadores tumorales específicos.....	26
Tabla 6. Formato del fichero de carga hospitalaria	37

INTRODUCCION

El Registro de Cáncer de Euskadi (RCE) se creó en 1986, por Orden de 6 de Noviembre, dicha orden ha sido modificada por el Decreto 66/2011, de 29 de marzo, del Sistema de Información sobre el Cáncer de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAV), publicado el 6 de abril de 2011.

El RCE es un registro de base poblacional con una cobertura que se aproxima al 100%, es decir, registra todos los casos de cáncer diagnosticados en personas residentes en la CAV.

El objetivo de este manual de procedimiento es normalizar la recogida de información con el fin de garantizar su calidad.

Para codificar la localización y morfología de un tumor se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología segunda edición (CIE-O-II) para los tumores diagnosticados antes del año 2003 y tercera edición (CIE-O-III) para los diagnosticados a partir del 2003. La CIE-O-III.1, publicada en 2011, se aplica a partir de 2012. La última revisión, CIE-O-III.2, publicada el 23 de abril de 2019 se utilizará en la codificación de los tumores diagnosticados a partir de 2019 (incluido).

El registro del estadio (TNM) se inició con los tumores diagnosticados en el año 2010, en tres localizaciones: mama (C50), colon-recto-canal anal (C18-C21) y pulmón (C34). Se emplea el Sistema de clasificación TNM (7ª edición, UICC, 2009). A partir del año 2018 se utilizará la 8ª edición.

El Registro de Cáncer de Euskadi (RCE) adopta las recomendaciones de la Red Europea de Registros de Cáncer / European Network of Cancer Registries ([ENCR](#)).

Los contenidos de este manual sustituyen a las versiones previas.

OBJETIVOS Y ÁMBITO DEL REGISTRO DE CÁNCER DE EUSKADI

El principal objetivo de un registro de Cáncer, según señalan Jensen y Storm¹, es “... *Recoger y clasificar información sobre todos los casos, para producir estadísticas sobre la aparición del cáncer en una población definida, proporcionando el marco para valorar y controlar el impacto de la enfermedad en la comunidad*”.

Los objetivos fundamentales del RCE, tal y como se contempla en el Decreto, son los siguientes:

1. Conocer la incidencia de cáncer en la CAV, su tendencia, supervivencia y prevalencia por sexo, grupos de edad, área geográfica, localización anatómica u otras características que puedan resultar de utilidad.
2. Contribuir con la información obtenida a una mejor planificación de los recursos humanos y materiales necesarios en el área oncológica, en sus aspectos preventivos, asistenciales y docentes.
3. Realizar o colaborar en la realización de estudios epidemiológicos puntuales que se consideren necesarios.
4. Colaborar con el Sistema estadístico en la configuración y mejora de la calidad de las estadísticas sobre incidencia, prevalencia, supervivencia y mortalidad de cáncer en la CAV. Estas medidas ofrecen diferentes aspectos de la magnitud y del impacto de las enfermedades tumorales.

El ámbito del RCE es la CAV. Es un registro de base poblacional que registra todos los cánceres de personas que, en el momento del diagnóstico (desde el año 1986), residen en la CAV.

¹ Objetivos y usos de los registros de cáncer. Jensen OM, Storm HH. En: Registros de Cáncer. Principios y Métodos. Ed.: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. IARC Publicaciones Científicas, nº 95. Lyon (1995).

DEFINICIONES

Caso Registrable:

Todos los tumores diagnosticados a partir del 1 de enero de 1986 en personas residentes en la CAV en el momento del diagnóstico. Se incluyen los casos de residentes en la CAV diagnosticados en otras comunidades. Los tumores diagnosticados en la CAV en personas residentes en otras comunidades, se registran, aunque se excluyen del análisis estadístico de la incidencia.

- Tumores malignos (M****/3), excepto carcinomas epidermoides (M805-M808) y basocelulares (M809-M811) de piel (C44). EXCEPCIÓN: Sí se recogen los carcinomas epidermoides de piel en pene (C60), escroto (C63.2) y vulva (C51).
- Carcinomas "in situ" (M****/2).
- Displasias severas (M****/2) desde el año 2007.
- Tumores de benignidad incierta (M****/1) en vejiga, ovario, Sistema Nervioso Central y tumores carcinoides.
- Tumores benignos del Sistema Nervioso Central (M****/0).
Incluye las siguientes topografías C70.0-C70.9: "meninges"; C71.0-C71.9, "encéfalo", o C72.0-C72.9, "médula espinal, nervios craneales, y otras partes del sistema nervioso central", o C75.1, "glándula pituitaria/hipófisis", o C75.2, "conducto craneofaríngeo", o C75.3, "glándula pineal/epífisis", u otras localizaciones anatómicamente relacionadas. Se excluyen las lesiones vasculares benignas de las meninges (hemangiomas y quistes).

Los tumores malignos (M****/3) anteriores a 1986, con otro tumor posterior, se registran con datos mínimos. De ese modo la aplicación del RCE asignará número de orden al tumor.

El RCE registra tumores, asumiendo que un individuo puede presentar dos o más tumores.

Tumor mixto:

Se refiere a un foco tumoral con 2 o más morfologías diferentes.

Tumor multifocal

Tumor con más de un foco de crecimiento, sin continuidad entre sí, con la misma morfología. Siguiendo las recomendaciones de la ENCR, no se recoge más que un tumor. El diagnóstico de éste puede ser sincrónico o metacrónico:

a) Tumor sincrónico:

Dos focos tumorales de la misma morfología, diagnosticados al mismo tiempo y en dos sublocalizaciones diferentes. Se considera un tumor único con el cuarto dígito topográfico = 8.

Ejemplo 1 : Adenocarcinoma de colon transverso (C18.4), año 1998
 Adenocarcinoma de colon descendente (C18.6), año 1998
 Resultado: Adenocarcinoma de colon (C18.8)

Ejemplo 2: Carcinoma transicional de pelvis renal (C65.9), año 1998
 Carcinoma transicional de vejiga (C67.9), año 1998
 Carcinoma transicional sistema urinario SAI (C68.9), año 1998 (tabla 1)

b) Tumor metacrónico:

Dos focos tumorales, de la misma morfología, en dos sublocalizaciones diferentes, diagnosticados en diferentes tiempos. Se recoge la primera sublocalización con la primera fecha diagnóstica.

Ejemplo 1: Adenocarcinoma de colon transverso (C18.4), año 1998
 Adenocarcinoma de colon descendente (C18.6), año 2000
 Resultado: Adenocarcinoma de colon transverso (C18.4), año 1998,
 primer tumor

Ejemplo 2: Carcinoma transicional de pelvis renal (C65.9), año 1998
 Carcinoma transicional de vejiga (C67.9), año 2000
 Carcinoma transicional de pelvis renal (C65.9), año 1998

Desde la incidencia 2020, cambiamos el criterio y se sigue la siguiente regla para codificar tumores en las sublocalizaciones del Colon y piel: Los cánceres que se presenten en cualquier subcategoría de 4º carácter de colon (C18) y piel (C44) deben registrarse como cánceres primarios múltiples.

Tumor primario múltiple

Si se diagnostica más de un tumor en una misma persona, cada tumor se considera como nuevo y se registra separadamente en las siguientes circunstancias:

1) igual localización y diferente grupo morfológico,

- 2) igual grupo morfológico y distinto grupo topográfico o
- 3) diferente grupo topográfico y diferente grupo morfológico.

Se siguen las siguientes recomendaciones de la ENCR -revisión de 2004-, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer ([IARC](#)) y la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR):

1. El reconocimiento de la existencia de dos o más cánceres primarios no depende del tiempo.
2. Un cáncer primario es el que se origina en una localización o tejido primario, y no es una extensión, ni recurrencia, ni metástasis.
3. En el caso de órganos pares, con la misma morfología, solo se considera un tumor. (*desde incidencia 2020 cambiamos el criterio)
4. Algunos grupos de códigos topográficos se consideran un único órgano. Estos grupos se muestran en la Tabla 1.
5. Algunas neoplasias deberían considerarse tumores múltiples, incluso si se diagnostican simultáneamente en la misma localización. Estas morfologías se muestran en la Tabla 2.
6. Los cánceres sistémicos o multicéntricos que pueden afectar a muchos órganos sólo se cuentan una vez en el mismo individuo. Estos son los tumores del sistema hematopoyético (grupos 8-14 en la Tabla 2) y el sarcoma de Kaposi.
7. Si los diagnósticos morfológicos entran en una misma categoría de la Tabla 2 y se originan en la misma localización primaria se consideran un único tumor usando el código morfológico más alto.
8. Si un diagnóstico tiene una morfología no específica (grupos 5, 14 y 17) y se dispone de una morfología específica, debería notificarse la morfología más específica.

Cuando hablamos de tumor multifocal, hablamos de sublocalizaciones (cuarto dígito de la topografía), en el caso del tumor múltiple, hablamos de localizaciones, tres primeros dígitos de la topografía.

*Dos tumores de diferente lateralidad, pero de la misma morfología, diagnosticados en órganos pares (por ejemplo, mama) deben registrarse por separado, a menos que se declare que se originan de un único tumor primario.

Las excepciones a esta regla son

- a) Tumores de ovario (de la misma morfología)

b) Tumor de Wilms (nefroblastoma) del riñón.

c) Retinoblastoma

que deben registrarse como un único registro bilateral cuando se presentan en ambos lados.

Recordatorio: los tumores en órganos emparejados de histología completamente diferente deben ser registrados por separado.

Tabla 1. Grupos de códigos topográficos considerados como un único sitio para la definición de tumores múltiples.

Grupo topográfico	CIE-O-III		Si se diagnostican al mismo tiempo se usa el siguiente código; si no, se codifica el primer diagnóstico
1	C01	Base de la lengua	C02.9
	C02	Otras partes o no especificadas de la lengua	
2	C00	Labio	C06.9
	C03	Encía	
	C04	Suelo de la boca	
	C05	Paladar	
	C06	Otras partes o no especificadas de la boca	
3	C09	Amígdala	C14.0
	C10	Orofaringe	
	C12	Seno piriforme	
	C13	Hipofaringe	
	C14	Otras partes y las mal definidas del labio, cavidad oral y faringe	
4	C19	Unión rectosigmoidea	C20.9
	C20	Recto	
5	C23	Vesícula biliar	C24.9
	C24	Otras partes o no especificadas del tracto biliar	
6	C33	Tráquea	C34.9
	C34	Bronquios y Pulmón	
7	C40	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares de la cadera	C41.9
	C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares de otros sitios o no especificados	
8	C65	Pelvis renal	C68.9
	C66	Uréter	
	C67	Vejiga urinaria	
	C68	Otros órganos urinarios y los no especificados	

* Esta tabla se aplica para la incidencia a partir del 2003. Para los casos anteriores se utilizará la tabla de la CIE-O-II.

Tabla 2. **Grupos de neoplasias malignas consideradas como histológicamente "diferentes" para la definición de tumores múltiples.**

Grupo	Morfología	CIE O 3
1	Carcinomas escamosos y de células transicionales	8051-8084, 8120-8131
2	Carcinomas de células basales	8090-8110
3	Adenocarcinomas	8140-8149, 8160-8162, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8551, 8570-8576, 8940-8941
4	Otros carcinomas específicos	8030-8046, 8150-8157, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
5	Carcinomas inespecíficos (SAI)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6	Sarcomas y tumores de tejidos blandos	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7	Mesotelioma	9050-9055
8	Leucemias mieloides	9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9964, 9980-9987
9	Linfomas de células B	9670-9699, 9728, 9731-9734, 9761-9767, 9769, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10	Linfomas de células T y NK	9700-9719, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11	Linfoma de Hodgkin	9650-9667
12	Tumores de células mastocíticas	9740-9742
13	Histiocitos y células linfoides accesorias	9750-9758
14	Tipos no especificados del grupo hematopoyético	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989
15	Sarcoma de Kaposi	9140
16	Otros tipos de cáncer especificados	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539
17	Tipos de cáncer no especificados	8000-8005

(Adaptado de Berg, 1996)

VARIABLES DEL REGISTRO DE CÁNCER DE POBLACIÓN DE LA CAV

1.- NÚMERO DE REGISTRO

Este número identifica de forma única cada tumor registrado. Es asignado de modo correlativo por la aplicación (K43) con el formato de AAAAnnnnn. Los cuatro primeros dígitos corresponden al año de diagnóstico y los 5 restantes los asigna el programa correlativamente, comenzando por el número 1. Ejemplo: 200110510, corresponde al tumor número 10510 con diagnóstico en el año 2001. Si se modifica el año de diagnóstico, el número de registro no cambiará.

CODIGO DE TUMOR es una variable única para cada tumor. Es registrada por Osakidetza y recogida en la base de datos del Registro desde que se hacen volcados conjuntos de los registros hospitalarios, en el año 2010. A través de esta variable se identifican tumores previamente registrados y se añaden las modificaciones que Osakidetza aporta sobre los mismos.

Datos personales

La informatización de los datos personales se puede hacer automáticamente con el botón “buscar” de la aplicación K43, a través del cual se conecta directamente con la base de datos de la TIS y permite el registro automático de todos los datos.

Los datos personales se introducen en la aplicación según conste en documento acreditativo (DNI, TIS, Cartilla de la Seguridad Social, etc.), salvo que en el documento acreditativo figuren truncados, en cuyo caso podrá completarse:

Ana Victoria Salinas de Aña. Aguirregomezco. (así acreditado)

Ana Victoria Salinas de Añana Aguirregomezcorta (válido)

2.- APELLIDOS Y NOMBRE

- Nunca se registrarán contracciones (M o M^a en lugar de María), ni caracteres extraños (% , # , & en lugar de la ñ).
- En los apellidos compuestos se registrará el literal evitando contracciones.
- La grafía en euskera se seguirá como conste en los documentos acreditativos.
- En los casos de pacientes extranjeros, que carecen de 2º apellido, en su ausencia se introducirá ‘XX’.

3.- SEXO

1: Hombre

2: Mujer

9: Desconocido /indeterminado

4.- EDAD

5.- FECHA DE NACIMIENTO

La fecha de nacimiento es un dato obligatorio en el alta del paciente.

Se registrará como todas las fechas según la Convención Internacional de las Naciones Unidas. Es decir con el siguiente orden: día-mes-año (DDMMAAAA).

Si tras revisar todos los documentos se desconoce el día y el mes, se asigna **01-07** y el año correspondiente (01-07-AAAA), calculado a partir de la edad al diagnóstico.

Por ejemplo: Persona de 60 años diagnosticada en 1988

Fecha de nacimiento = 01-07-1928

6.- CLAVE ALFANUMÉRICA

Es un campo de 15 dígitos con el siguiente formato: AAAAMMDDSNNÑÑXC:

AAAAMMDD: fecha de nacimiento.

sexo: 1=hombre, 2=mujer

NN: dos primeras letras del primer apellido.

ÑÑ: dos primeras letras del segundo apellido.

X: es una numeración correlativa para deshacer empates.

C: es un dígito de control del programa.

Si no se introduce esta clave, el programa la genera automáticamente ya que las 13 primeras posiciones van a coincidir siempre con el original. En el caso de que el número sea generado, el último dígito se iguala a F (falso), utilizándose el penúltimo dígito para deshacer los empates en el caso de que dos claves ficticias coincidan. Si se llegara a conocer el número correcto éste sustituirá al ficticio.

7.- T I S

Es un código numérico de identificación de entre 1 y 8 dígitos.

8.- DNI / NIF

Código alfanumérico de 9 dígitos.

9.- NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Formato de 10 dígitos : XX/NNNNNNNN/MM:

XX: Territorio histórico; N: 8 dígitos numéricos

M: últimos dos dígitos numéricos que se descartan.

10.- CODIGO OSABIDE

Código numérico de 9 dígitos que proporciona Osakidetza en los datos volcados. No es modificable desde nuestra aplicación. Se corresponde con el CIC.

Dirección donde reside habitualmente el paciente, en el momento del diagnóstico. Un paciente con más de un tumor, puede tener más de un domicilio (uno por cada tumor), si ha cambiado de residencia. Para el análisis de incidencia se utiliza la dirección del tumor.

Formato:

Tipo de vía: AL (Alameda), AV (Avenida), BA (Barrio), CL (Calle), CM (Camino), CR (Carretera), DI (Diseminado), EN (Entidad), GR (Grupo), NU (Núcleo), OV (Otras Vías), PL (Plaza), PO (Polígono) y PS (Paseo).

Nombre de la calle, avda.,...Bloque....Portal, escalera, planta, puerta.

12.- PROVINCIA, MUNICIPIO Y LOCALIDAD

Se registran y codifican según los [códigos oficiales de EUSTAT](#).

La provincia es un campo obligatorio. Si no se conoce, se registrará como 0 (desconocido). No será útil para el cálculo de la incidencia.

13.- CÓDIGO POSTAL

Se rellena sólo en residentes de la CAV, siempre que sea posible.

Fuentes de información

14.- BOLETÍN ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN (BED) COMO PRIMERA FUENTE

1: No. El caso proviene de una fuente activa.

2: Sí. Caso Notificado por Certificado de Defunción (NCD). Si no se encuentra más información con posterioridad, el caso es notificado por certificado de defunción solamente. (CDS).

15.- FUENTE DE DATOS

Para cada fuente de datos se registra el nombre del hospital, centro o institución, el código de la fuente, el número de historia clínica y la fecha de diagnóstico.

Cuando se dispone del BED se debe anotar como fuente. Si el número de fuentes es mayor que los espacios disponibles en la aplicación, se debe reservar siempre la última línea para el BED y anotar las fuentes que no hayan cabido en el espacio "Observaciones".

Si se dispone de la fecha de defunción del IND (Instituto Nacional de Defunciones) también se debe registrar en este apartado o en observaciones si no hubiera lugar.

Datos del tumor

16.- LOCALIZACIÓN

Localización es el lugar anatómico en el que asienta la lesión maligna. Para codificar este ítem se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-III) en vigor. La localización se codifica con cuatro dígitos; los 3 primeros para el órgano y el último para la parte específica de éste (sublocalización).

Consideraciones específicas por localizaciones:

MÉDULA OSEA: siempre es C42.1

LEUCEMIAS y MIELOMAS: Se codifican siempre en médula ósea (C42.1).

SARCOMA DE KAPOSÍ en piel, se codifica en Tejido Subcutáneo (C49).

LABIO: Cuando aparece en labio el término “zona de la unión cutáneo-mucosa” se debe poner como localización (C00.0/ C00.1/C00.2).

Cuando se desconoce si el tumor asienta en la piel o en la mucosa hay que tener en cuenta que son más frecuentes los tumores de piel en labio superior (C44.0) y los de mucosa en el labio inferior (C00.1)

PLASMOCITOMA: Puede presentarse en hueso (C40, C41) o fuera del mismo. Fuera del hueso las localizaciones más frecuentes son: pulmón, oronasofaringe y senos paranasales.

OTRAS CONSIDERACIONES: Algunos tipos histológicos vienen limitados en la CIE-O-III a una única topografía, que se especifica entre paréntesis. Sin embargo, existen algunas excepciones aceptadas que hay que anotar en el campo de “observaciones”.

Ejemplos:

- Carcinoma canalicular y carcinoma ductal (C50). También se puede localizar en páncreas (C25).
- Seminoma (C62). Se ha encontrado también en timo.
- Carcinoma transicional (C67). Existen casos en amígdala.
- Meduloblastoma (C716). Hay casos en otras partes del SNC.
- Cistoadenocarcinoma mucinoso (C56). Se han dado casos en el apéndice.

LOCALIZACIÓN PRIMARIA DESCONOCIDA (C80.9): Antes de codificar un tumor con esta topografía, considerar que la mayoría de los aparatos tienen un código referido a tumores de sitios mal definidos que puede utilizarse si se considera más probable que sea de dicho órgano o aparato.

- C14: Otros sitios y los mal definidos del labio, cavidad bucal y faringe.
- C26: Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos.
- C39: Otros sitios y los mal definidos del sistema respiratorio y los órganos intratorácicos.

- C57.9: Tracto genital femenino, SAI.
- C63.9: Órganos genitales masculinos, SAI.
- C68.9: Sistema urinario, SAI.
- C75.9: Glándula endocrina, SAI.
- C76: Sitios mal definidos y otros.
- Sarcoma + localización primaria desconocida: C40, C41 o C49 (NO: C80.9).

17.- LATERALIDAD

Se recoge desde el año 2010.

0: No aplica. En caso de que el órgano no sea par, la variable tomará este valor por defecto

1: Izda.

2: Dcha.

3: Desconocido

4: Bilateral

Tabla 3. **Bilateralidad. Lista de órganos pares**

CIE O III	TOPOGRAFÍA
C07	Glándula parótida
C09	Amígdala
C300	Cavidad nasal
C340, C341, C343, C3438, C349	Pulmón
C384	Pleura
C400	Huesos largos de extremidad superior y escápula
C401	Huesos cortos de extremidad superior
C402	Huesos largos de extremidad inferior
C403	Huesos cortos de extremidad inferior
C413	Costillas y clavícula
C414	Huesos pélvicos (excluye sacro, cóccix y sínfisis del pubis)
C441	Piel del párpado
C442	Piel del oído externo
C446	Piel del brazo y hombro
C447	Piel de pierna y cadera
C50	Mama
C56	Ovario
C570	Trompa de Falopio
C62	Testículo
C630	Epidídimo
C649	Riñón
C659	Pelvis renal
C66	Uréter
C69	Ojo
C74	Glándula suprarrenal

C342 Lóbulo medio del pulmón. *Habitualmente toma el valor 1, excepto en los casos raros con situs inversus.* Fuente ENCR.

18.- TIPO HISTOLÓGICO / CÓDIGO MORFOLÓGICO

El código morfológico indica el tipo de célula que se ha vuelto neoplásica y su actividad biológica, es decir, el comportamiento. Se compone de tres partes:

4 primeros dígitos: tipo de célula (histología)

5º dígito: comportamiento

6º dígito: grado de diferenciación

Histología (tipo de célula)

Para codificar este ítem utilizamos la [CIE-O-III](#). Otras clasificaciones, como Breslow, Broders, Clark, Dukes, Jewet, Gleason, Figo, etc. no son recogidas en el RCE.

Las fuentes de información son los informes de Anatomía Patológica o Citología.

Cuando se informa carcinoma....compatible con...se emplea siempre el término más descriptivo. Ejemplos:

- 1) Carcinoma anaplásico compatible con melanoma amelanico
Melanoma amelanico
- 2) Ca...con áreas de ca....el término que se adopta es el que tiene el código más alto
Carcinoma de células grandes con áreas de carcinoma epidermoide ->
Carcinoma epidermoide
- 3) Esto no se aplicará en el linfoma difuso de cel B (M96803) con áreas de linfoma folicular (M96983), en este caso se codificará con M96803 ya que este tumor es más agresivo. Esto se aplica a partir del 2010.

TUMORES HEMATOLÓGICOS: Desde 2010 se incluyen las reglas para la codificación de tumores hematológicos contempladas en el [Manual HAEMACARE](#).

TROMBOCITOSIS Y TROMBOCITEMIA: Son términos sinónimos y se codifican 9962/3 (hay un error en la CIE-O-III).

ANEMIA REFRACTARIA, SINDROME MIELODISPLÁSICO Y LEUCEMIA: A menudo son expresiones de una misma enfermedad. Tanto la Anemia Refractaria como el Síndrome Mielodisplásico son casos de registro y si evolucionan a leucemia ésta no se registra ya que pertenece al mismo grupo morfológico, es decir, se considerará una transformación.

En el caso de una leucemia mieloide crónica y posteriormente una leucemia linfática aguda, a pesar de ser 2 grupos morfológicos diferentes, se considerará una transformación del primero, es decir, se registrará un solo tumor.

DISPLASIA SEVERA Y CARCINOMA IN SITU: Aplicamos códigos diferentes: carcinoma “*in situ*” 8010/2 y displasia severa (neoplasia intraepitelial escamosa) 8077/2. Cuando la neoplasia es intraepitelial glandular el código asignado será el M8148/2.

Comportamiento. (quinto dígito)

- 0: Benigno
- 1: Incierto
- 2: In situ
- 3: Maligno

Si se informan varios comportamientos diferentes, se elige el código más alto.

VEJIGA (C67) Comportamiento

Código de comportamiento tumoral /1 (incierto):

Tumores transicionales (uroteliales) de bajo grado, no infiltrantes:

- Tumor papilar transicional o urotelial
- Carcinoma estadio I (Clasificación de Broders)
- Carcinoma papilar bien diferenciado (Clasificación de Jewett)
- Carcinoma grado I (OMS)
- Clase I y II (Clasificación de Chomé)

Código de comportamiento tumoral /2 (in situ):

Se incluyen tanto los tumores transicionales de alto grado (grado>1) como los tumores planos (in situ, Tis, Ta).

Código de comportamiento tumoral /3 (malignos):

En caso de que **no exista información sobre infiltración** claramente especificado en el informe microscópico de Anatomía Patológica, se codificará:

- Grado de diferenciación I o II: como /1
- Grado de diferenciación III o más: como /3

Si no hubiera grado de diferenciación (p. ej. carcinoma urotelial) se codificará como /3

- Carcinoma urotelial papilar: 8130/3
- Carcinoma urotelial: 8120/3

Tumores mixtos: En la CIE-O a veces la combinación de varios tipos histológicos con códigos propios da lugar a un código resultante nuevo.

Ejemplos:

- Adenocarcinoma con áreas de carcinoma escamoso: Carcinoma adenoescamoso (8560.3)
- Adenocarcinoma con áreas de metaplasia escamosa: Adenoacantoma (8570.3)

Grado de diferenciación (sexto dígito)

Se refiere al grado de diferenciación de las células y su asignación por los anatomopatólogos.

1. Bien diferenciado, bajo grado de malignidad o Grado I
2. Moderadamente diferenciado o malignidad intermedia o Grado II
3. Pobrementemente diferenciado o alto grado de malignidad o Grado III
4. Anaplásico o Indiferenciado o Grado IV
5. Células T
6. Células B – Pre-B, B-precursoras
7. Células nulas. Solo para leucemias –no T –no B
8. Células NK. Células asesinas naturales
9. Tipo de células no determinado, no indicado o no aplicable

Cuando aparecen grados distintos en informes A-P diferentes, se toma siempre el más alto.

En el caso de Linfomas y Leucemias, el grado (sexto dígito) informa del tipo de células.

En los tumores de próstata la suma de los componentes Gleason se corresponde:

- G1 Bien diferenciado (Gleason 2-4)
- G2 Moderadamente diferenciado (Gleason 5-6)
- G3 Pobrementemente diferenciado (Gleason 7-9)
- G4 Indiferenciado (Gleason 10)

Atención: No se debe confundir grado de diferenciación con grado de infiltración/extensión del tumor como Clark, Dukes, etc.

Si no hay confirmación AP del tumor, no se puede codificar el tipo morfológico. Los códigos a utilizar son:

8000/0_ Neoplasia, benigna

8000/1_ Neoplasia, incierto si es benigno o maligno

8000/3_ Tumor clínicamente maligno

Codificaciones específicas

La ENCR ha acordado que algunos tipos histológicos (Tabla 4) pueden ser utilizados aunque no exista confirmación histológica.

Tabla 4. **Tipos morfológicamente aceptados sin confirmación histológica.**

Código	Morfología Descripción	Base diagnóstica Código	Otros criterios
8150-8154	T. de células de los islotes, Gastrinoma	4	
8170	Carcinoma hepatocelular	4	
8270-8281	Tumores pituitarios	4	C75.1
8720	Melanoma de ojo o de piel	1 o 2	
8800	Sarcoma SAI	2	
8960	Nefroblastoma	2	Edad 0-8
9100	Coriocarcinoma	4	Mujeres de 15-49
9140	Sarcoma de Kaposi	1 o 2	VIH+ (exc. África)
9350	Craneofaringioma	2	
9380	Glioma	2	C71.7 Tallo cerebral
9384/1	Astrocitoma subependimal de céls gigantes	2	Esclerosis tuberosa
9500	Neuroblastoma	2 o 4	Edad 0-9
9510	Retinoblastoma	2	Edad 0-5
9530-9539	Meningioma	2	C70
9590	Linfoma maligno, SAI	1 o 2	
9732	Mieloma múltiple	4	Edad 40+
9761	Macroglobulinemia de Waldenström	4	Edad 50+
9800	Leucemia, SAI	1 o 2	

19.- FECHA DE DIAGNÓSTICO / FECHA DE INCIDENCIA

Se adoptan los [criterios de la ENCR](#). La fecha de diagnóstico se elige siguiendo el orden de prioridad referido a continuación. Si pasados 3 meses, se realiza o detecta una prueba diagnóstica más prioritaria, se registraría esa base diagnóstica pero con la fecha del primer acontecimiento.

Orden de prioridad decreciente:

1. Fecha de la confirmación histológica o citológica del cáncer.

La elección se hará en el siguiente orden:

- fecha de realización de la biopsia
- fecha de recepción de la pieza por el anatomopatólogo
- fecha de salida del informe anatomopatológico

Excepción: si han pasado más de tres meses desde la fecha del diagnóstico clínico y el resultado de la histología realizada en biopsia o muestra de autopsia, se elige la fecha del diagnóstico clínico y como base diagnóstica: histología.

2. Fecha del primer ingreso en un hospital, debido a este cáncer.
3. Fecha de la primera visita en consulta externa/ambulatorio, debida a este cáncer cuando se trata de pacientes que no ingresan en el hospital.
4. Otra fecha diferente a 1, 2 o 3.
5. Fecha de la muerte, si la única información disponible es el BED (CDS: certificado de defunción solamente).
6. Fecha de la muerte, si el cáncer se descubre en la autopsia, es decir, si el diagnóstico es por autopsia exclusivamente.

Cuando un tumor incierto evoluciona a maligno se cambia el código de comportamiento (quinto dígito) de /1 a /3 y se conserva la fecha de diagnóstico inicial. **Excepción:** cuando un tumor de vejiga se maligniza se registrará como otro tumor.

20.- BASE DE DIAGNÓSTICO

Se codifica la base de diagnóstico más válida cuyo orden de prioridad va de 7 a 1. Se adopta la codificación de la ENCR 2003:

- 0 BED. La única información disponible es la del BED (CDS).
- 1 Clínica. Diagnóstico realizado antes de la defunción exceptuando cualquiera de las siguientes categorías (2-7).
- 2 Investigación clínica. Incluye todas las pruebas diagnósticas con excepción de citología, histología y autopsia. Entre otras, incluye pruebas de diagnóstico de imagen (rayos X, endoscopia, ECO, TAC...).
- 3 Cirugía exploratoria (por ej. laparotomía) y autopsia (**sin** histología).
- 4 Marcadores tumorales específicos. Incluyendo marcadores bioquímicos y/o inmunológicos específicos para una localización tumoral (Tabla 5).
- 5 Citología/Hematología. Examen de células a partir de una localización primaria o secundaria incluyendo aspirado de fluidos por endoscopia o aguja; también incluye el examen microscópico de sangre periférica y la punción aspiración de médula ósea.
6. Histología de la metástasis (efectivo desde incidencia 2017)
- 7 Histología de tumor primario, incluye muestras de autopsia de tumor primario conocido y biopsia de médula ósea (en cresta ilíaca).

8 Casos diagnosticados SOLO POR AUTOPSIA, con histología.

9 Desconocido.

Tabla 5. **Marcadores tumorales específicos.**

La aplicación informática que recoge la información del cáncer (K43) está siendo modificada y preparada par recoger marcadores.

Órgano/ tumor	Marcador	Valores
Coriocarcinoma	Gonadotropina coriónica humana (HCG)	>100.000 ui en orina
Próstata	PSA (Antígeno específico próstata)	(>10ug/l)
Carcinoma hepatocelular	Alphafetoproteina (AFP)	>200ng/ml sérico
Neuroblastoma	Productos de degradación de las catecolaminas (HVA, MA)	
Mieloma	IgG>35gr/l o IgA>20gr/l,	
Macroglobulinemia de Waldenström		IgM>10gr/l
Mieloma:	IG urinarias	excreción de cadenas ligeras>1gr/24hr
Cáncer colon-rectal	CAE (ag carcinoembrionario)	>3 ng/ml
Cáncer de páncreas	Ca 19-9	>37 u/ml
Ovario	Ca 125 > 35 u/ml	
Mama	CK56	
	ECADHERINA	
	ESTORGEN	
	HER2	
	KI67	
	PROGESTERONA	
	VIMENTINA	

Tambien el PSA y GLEASON en próstata.

21.- EXTENSIÓN TUMORAL

Se registra la extensión en el momento del diagnóstico. Se puede deducir a partir del estadio y/o el TNM.

- 1 *In situ*. (comportamiento 2).
- 2 Localizado: el tumor no ha superado los límites del órgano de origen. En el caso específico de los linfomas, aquellos que estén confinados a una región linfática por encima o debajo del diafragma (estadio I).

- 3 Regional: extensión por continuidad a otros órganos o ganglios linfáticos regionales. Para los linfomas, aquellos que afectan a más de una región linfática pero en un sólo lado del diafragma (estadio II).
- 4 Diseminado: extensión sin continuidad aparente. Los linfomas que afectan a regiones linfáticas de ambos lados del diafragma (estadio III) o bien presenten afectación difusa de una o más localizaciones extralinfáticas como médula ósea o hígado (estadio IV).
- 0 No aplicable. Se codificarán con este dígito los tumores benignos (comportamiento /0), los de malignidad incierta (comportamiento /1) y las Leucemias y Mielomas.
- 9 Desconocido.

21B.- Estadio:

El registro del estadio (TNM) se inició con los tumores diagnosticados a partir de 2010, en tres localizaciones: mama (C50), colon-recto y canal anal (C18-C20-C21) y pulmón (C33-C34). Se utiliza para su codificación el Sistema TNM (7ª edición, UICC, 2009). Los estadios de los tumores diagnosticados en el año 2018 y en adelante seguirán la 8ª edición.

Se registrarán los TNMs disponibles: TNM patológico (pTNM) y/o clínico (cTNM).

En los casos en los que la clasificación TNM se realice durante o después de un tratamiento, neoadyuvante (quimio/radio), esta circunstancia debe reflejarse en el estadio cTNM o el pTNM, añadiendo una “y” previa (ycTNM o ypTNM). En la K43 no se contempla este nuevo estadiaje, por lo que en los análisis se distinguirán mediante las fechas de los tratamientos.

Estadio. Recoge el resumen del TNM, y puede ser como este, patológico o clínico.

22.- TRATAMIENTO INICIAL Y FECHA

Se considera tratamiento inicial de la enfermedad, el tratamiento (único o combinado) que se realiza como primera línea de tratamiento después del diagnóstico.

Se pueden incluir hasta tres tratamientos. Desde el año 2010 se registra la fecha de cada tratamiento.

No se tendrán en cuenta los tratamientos que sean necesarios por recidiva o progresión de la enfermedad.

Se codificará de acuerdo con los siguientes valores:

- 0 Sin tratamiento.
- 1 Cirugía. Incluye todos los casos en los que se produzca una citorreducción de la masa tumoral por medio de exéresis quirúrgica, incluso cuando la resección no es total. No se incluirán cirugías en las que no hay reducción de la masa tumoral como, por ejemplo, traqueotomías, yeyunostomías o gastrostomías. Éstas se consideran únicamente tratamiento “sintomático”.
- 2 Radioterapia externa o interna, por ejemplo, yodo radiactivo con intención curativa o paliativa.
- 3 Trasplante. Incluye trasplantes de médula ósea (TASPE, TAPH, etc.), hepático y otros.
- 4 Quimioterapia.
- 5 Hormonoterapia.
- 6 Inmunoterapia. Incluye todas las técnicas que actúan por vía inmune (IFN interferón, IL interleukina, etc.), inmunosupresores (azatioprina, talidomida, lenalidomida), tratamientos intravesicales con BCG, etc.
- 7 Únicamente sintomático. Se aplicará cuando las terapias estén dirigidas única y exclusivamente a mejorar la situación física del paciente sin tener efecto sobre la masa tumoral. Los tratamientos paliativos, cirugía de descarga, by pass, etc. se consideran tratamiento sintomático. Este código se aplicará cuando los médicos descarten otro tipo de tratamiento como cirugía, radioterapia o quimioterapia.
- 8 Otras terapias como tratamientos tópicos, tratamientos cutáneos (PUVA), tratamientos antibióticos frente a *H. pylorii* en los linfomas gástricos de bajo grado, quimioembolizaciones, alcoholizaciones y otros no clasificados en otros apartados.
- 9 Desconocido o sin información. Este apartado se reservará para casos sin información.
- 10 Nuevas terapias biológicas. Incluye tratamiento con anticuerpos monoclonales e inhibidores de la proteinquinasa, entre otros.

23.- Nº DE ORDEN DE TUMOR

Se asignará automáticamente por el programa, no teniendo en cuenta los benignos, in ciertos, ni “*in situ*”.

24.- FECHA DE ALTA EN LA BASE DE DATOS

Se asignará automáticamente por el programa. Se registra desde 2008.

25.- SCREENING (desde 2010)

1. Cribado positivo
2. Cáncer de intervalo
3. Otros
4. Desconocido

26.- REVISADO

Esos valores hacen referencia a la decisión tomada tras pasar el check de la IARC y , si fuera necesario, revisar la historia clínica. Si el check ha detectado un error o no, y si en el caso de haberlo detectado lo hemos cambiado o lo hemos mantenido tras su revisión

0. No revisado
1. Revisado
2. IARC FLAG OK
3. IARC FLAG corregido
4. Mantenido tras IARC FLAG

Seguimiento de los pacientes

La recogida activa de los casos de cáncer, se cierra con el seguimiento de los pacientes para poder conocer su estado vital.

27.- ESTADO VITAL

1. Vivo
2. Fallecido
3. Perdido
4. Traslado
9. Desconocido

Esta variable es importante para realizar estudios de supervivencia y para cumplimentarla se procede al cruce de la base de datos con otras bases o fuentes de información siguiendo un procedimiento estándar que se detalla a continuación:

1. Cruce con los BED del año correspondiente y actualización de fechas de defunción.
2. Cruce con el índice nacional de defunciones (IND) y actualización de las fechas de defunción.
3. Cruce de los no fallecidos con la TIS de modo que los activos serán considerados vivos a la fecha tope de seguimiento establecida.

4. Por último, se realiza una búsqueda manual en la historia clínica informatizada para consignar la fecha de los casos sin fecha de defunción y que no hayan sido encontrados en la TIS y se considera la última fecha de contacto con el sistema sanitario.
5. Los casos que no hayan sido identificados en ninguna de las fuentes consultadas se considerarán como perdidos.

28.- FECHA DE DEFUNCIÓN

La fuente de información más fiable es el Boletín Estadístico de Defunción o el Índice Nacional de Defunciones.

Se utiliza el mismo formato que para las demás fechas.

Si solo se conoce el año, se le asigna el 01-07 y el año correspondiente (01-07-AAAA), a excepción de si fallece el mismo año de diagnóstico, en cuyo caso se calculará la mitad del periodo entre la fecha y el final de año.

Ejemplo: Fecha diagnóstico 31-08-1998

Fecha defunción asignada 01-11-1998

29.- CAUSA DE DEFUNCIÓN

Se incluirá la causa Básica de defunción de los Boletines Estadísticos de Defunción, codificado con la CIE-10. Se registra desde el año 2010.

30.- AUTOPSIA

Se asignan los dígitos:

1 → No

2 → Sí

9 → Desconocido

31.- FECHA DE SEGUIMIENTO

Se corresponde con la última fecha de contacto del Registro de Cáncer con el paciente. El mecanismo para cumplimentar esta variable se ha explicado en la variable “Estado vital”, se realiza periódicamente porque es una variable necesaria para calcular la supervivencia.

Cuando el paciente fallece, la fecha de seguimiento y fallecimiento coinciden.

En los casos no fallecidos y activos en la TIS se considerará una fecha estándar:

- 01/07/AAAA si la búsqueda se realiza en la segunda mitad del año A
- 01/01/AAAA si la búsqueda se realiza en la primera mitad del año A

En los casos perdidos, se les asignará la fecha de diagnóstico más 1 día.

Se utiliza el mismo formato que para las demás fechas.

32.- OBSERVACIONES

Se anotarán aquellos datos que se consideren oportunos.

33.- CÓDIGO DE PORTAL NORA

NORA es un sistema de localización de la administración general de la CAV implantado en 2008. El uso de NORA permite georreferenciar las direcciones postales. Cada caso registrado tiene una variable “Código de portal Nora del paciente” y “Código de portal del tumor”. Los valores de estas variables se incorporan a la base del RCE de forma automática, periódicamente, desde informática mediante un cruce con la base TIS. Para que así sea, es imprescindible que estén recogidas la dirección del paciente y de cada tumor de forma correcta.

El código de portal Nora permite realizar análisis espaciales, mapas de incidencia, análisis por nivel socioeconómico, y otros estudios epidemiológicos en los que la dirección del paciente es determinante.

FUENTES DE INFORMACIÓN: HOSPITALARIAS Y EXTRAHOSPITALARIAS

Las fuentes de información del RCE son hospitalarias o registros auxiliares de cáncer y extrahospitalarias.

Las fuentes hospitalarias comprenden tanto hospitales públicos como privados. Entre los hospitales públicos, hay 5 que tienen registro hospitalario y son coordinados por los Servicios Centrales de Osakidetza. Otra fuente importante de información es el registro de cáncer del Instituto Oncológico. Estos registros vuelcan periódicamente los casos nuevos, y posibles modificaciones de los ya recogidos, a la aplicación del RCE.

Los hospitales con registro hospitalario son: Hospital Universitario Araba (HUA), Hospital Universitario de Cruces (HUC), Hospital Universitario de Basurto (HUB), Hospital Universitario Donostia (HUD), Hospital de Galdakao e Instituto Oncológico de Gipuzkoa.

El registro del HUD se encarga de la recogida de información de los hospitales públicos de Gipuzkoa. El Registro Poblacional realiza la recogida de información de hospitales/clínicas privados sin registro.

Las fuentes extrahospitalarias son todas aquellas que disponen de datos de cualquier registro demográfico o sanitario que pueda aportar/completar los datos de los casos como ambulatorios de la Red Asistencial y laboratorios de anatomía patológica.

Los **programas de cribado de la CAV**, programa de cáncer de mama (iniciado en 1996) y de cáncer de colon y recto (iniciado en 2009), aportan los casos diagnosticados a través del programa y los cánceres de intervalo. El programa de cribado de cáncer de cérvix (iniciado en 2018) es otra fuente posible de información.

La **Tarjeta Individual Sanitaria (TIS)** se utiliza en alguna ocasión para cumplimentar o confrontar datos de filiación y para realizar el seguimiento de los casos.

Registro de mortalidad / Boletines Estadísticos de Defunción (BED). El registro de mortalidad es una fuente de información importante porque mejora la exhaustividad y proporciona la fecha de defunción.

Índice Nacional de Defunciones. Aporta la fecha de defunción y datos demográficos.

Fuentes de información de otras comunidades: Incluyen algunos centros sanitarios de comunidades limítrofes o sus registros de cáncer que con sus aportaciones mejoran la exhaustividad del RCE. Registros de Cáncer de otras Comunidades que aportan información son el Registro de Cáncer de La Rioja y el Registro de Cáncer de Navarra.

Figura 1. Proceso de recogida de datos

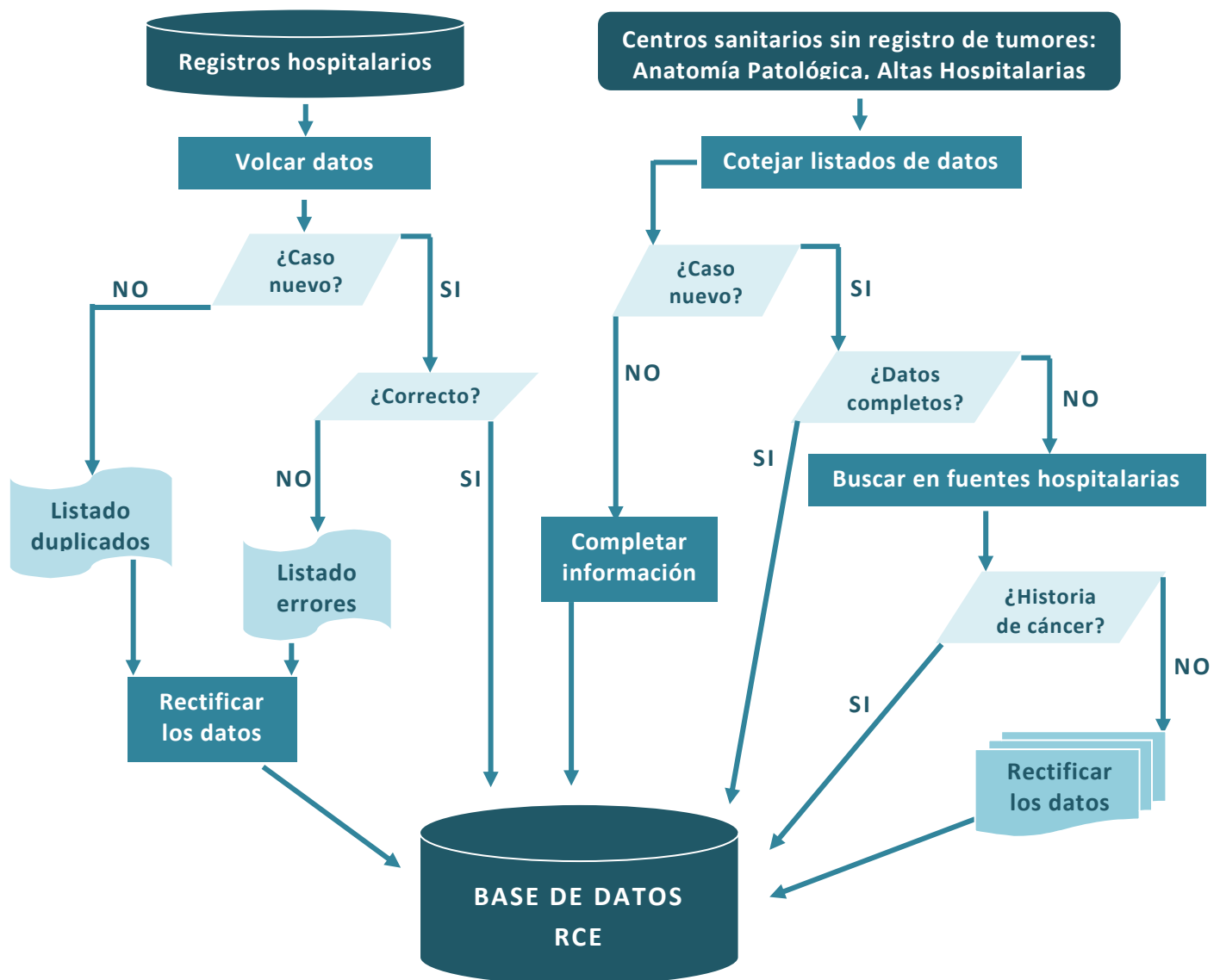
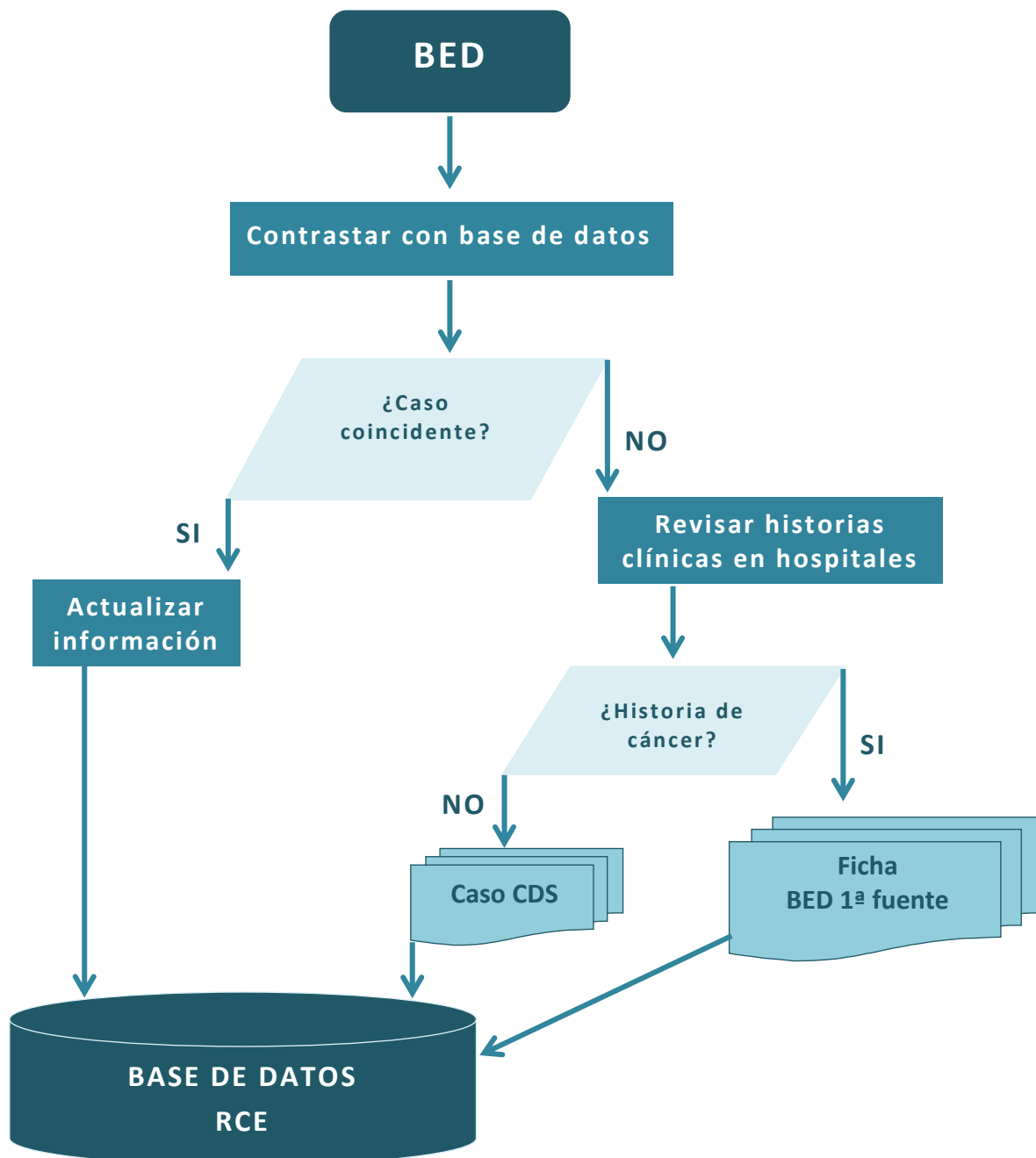


Figura 2. Proceso de registro a partir de Boletín Estadístico de defunción (BED).



PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Tabla 6. **Formato del fichero de carga hospitalaria**

Nombre del campo	Longitud	Tipo	Campos obligatorios
Clave alfanumérica (TIS alfanumérica)	15	Alfanumérico	
TIS	8	Número	
DNI	12	Alfanumérico	
Código Osabide (CIC)	9	Número	
Apellido 1	50	Alfanumérico	si
Apellido 2	50	Alfanumérico	si
Nombre	50	Alfanumérico	si
Sexo	1	Numérico	si
Fecha de nacimiento	8	Date	
Fecha de defunción	8	Date	
Código Autopsia	2	Numérico	
Calle domicilio	35	Alfanumérico	
Provincia	2	Numérico	si
Municipio	3	Numérico	
Código postal	5	Numérico	
Fecha de diagnóstico	8	Date	si
Base de diagnóstico	2	Numérico	si
Localización tumoral (topografía)	4	Alfanumérico	si
Histología (morfología)	5	Numérico	si
Grado de diferenciación	2	Numérico	si
Extensión tumoral	2	Numérico	si
T-Clínico	4	Alfanumérico	
N_Clínico	2	Alfanumérico	
M_Clínico	2	Alfanumérico	
Estadio_1_Clínico	4	Alfanumérico	
Estadio_2_Clínico	1	Alfanumérico	
T_Patológico	4	Alfanumérico	
N_Patológico	2	Alfanumérico	
M_Patológico	2	Alfanumérico	
Estadio_1_Patológico	4	Alfanumérico	
Estadio_2_Patológico	1	Alfanumérico	
Nº Centro 1	8	Numérico	si
Nº Registro 1	7	Numérico	si
Nº Historia 1	9	Numérico	si

Nº Centro 2	8	Numérico	
Nº Registro 2	7	Numérico	
Nº Historia 2	9	Numérico	
Nº Centro 3	8	Numérico	
Nº Registro 3	7	Numérico	
Nº Historia 3	9	Numérico	
Nº Centro 4	8	Numérico	
Nº Registro 4	7	Numérico	
Nº Historia 4	9	Numérico	
Nº Centro 5	8	Numérico	
Nº Registro 5	7	Numérico	
Nº Historia 5	9	Numérico	
Nº Centro 6	8	Numérico	
Nº Registro 6	7	Numérico	
Nº Historia 6	9	Numérico	
*Tratamiento 1	2	Numérico	si
Fecha del tratamiento 1	8	Date	si
*Tratamiento 2	2	Numérico	
Fecha del tratamiento 2	8	Date	
*Tratamiento 3	2	Numérico	
Fecha del tratamiento 3	8	Date	
Bilateralidad	1	Numérico	
**Fecha revisión	8	Date	
Observación Osakidetza	1000	Alfanumérico	
***Modificado	1	Numérico	
Código del tumor	Código de OSakidetza		si

* El tratamiento tiene que ser el inicial no el de la recaída.

** Fecha de revisión se refiere a la fecha de la última revisión.
Todas las fechas (tipo Date) estarán en formato DDMMAAAA.

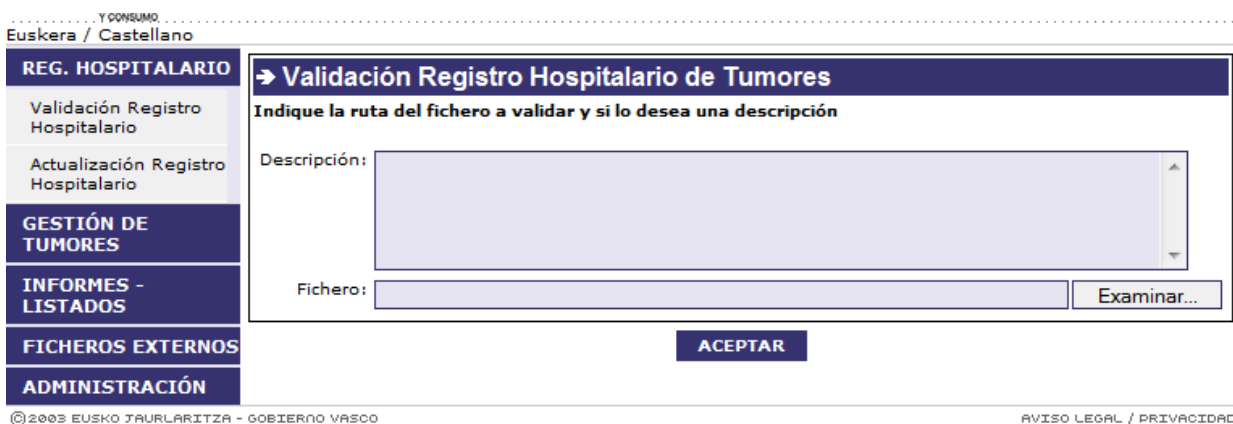
***Modificado

- 0 Caso nuevo. No volcado anteriormente
- 1 Modificado datos paciente
- 2 Modificado datos tumor
- 3 Baja tumor

Osakidetza envía un único fichero TXT con el formato de carga descrito, incluyendo en el mismo tanto los nuevos casos, como los que han sido modificados o dados de baja desde el último envío realizado.

El volcado a la base de datos del fichero hospitalario, que se recibe en formato ASCII, se realiza mediante dos funciones de la aplicación:

1. Validación del registro hospitalario



Y CONSUMO
Euskera / Castellano

REG. HOSPITALARIO

- Validación Registro Hospitalario
- Actualización Registro Hospitalario

GESTIÓN DE TUMORES

INFORMES - LISTADOS

FICHEROS EXTERNOS

ADMINISTRACIÓN

Validación Registro Hospitalario de Tumores

Indique la ruta del fichero a validar y si lo desea una descripción

Descripción:

Fichero:

© 2003 EUSKO JAURLARITZA - GOBIERNO VASCO AVISO LEGAL / PRIVACIDAD

Tras lanzar la petición de “validación” aparecerán a través del “Gestor de procesos Batch”:

1.1. Listados de posibles duplicados

Con los casos que aparecen en estos listados se comprobará:

- 1.1.1.** Si se trata del mismo tumor, que ya estaba registrado por otro centro, se completará la información y se eliminará del listado.
- 1.1.2.** Si el tumor es diferente y se considera un nuevo tumor primario, se verificará que coincide el número TIS y se marcará la casilla “revisado” del tumor, de manera que al activar la opción “actualización” se cargue en la base de datos.
- 1.1.3.** Si el caso no está registrado pero son coincidentes los apellidos y año de nacimiento con otro caso, igualmente se marcará la casilla “revisado” para que se active su carga a la base de datos.

1.2. Listados de errores de la validación

Según corresponda, tras su revisión, se modificarán o se marcarán como “revisados”.

2. Actualización del registro hospitalario

Para hacer efectiva la transferencia de los casos validados a la base de datos, al día siguiente de la “validación” se realiza la petición de “actualización del Registro Hospitalario” que también se ejecutará mediante procesos Batch.

Euskera / Castellano

REG. HOSPITALARIO	→ Actualización del Registro Hospitalario de Tumores																																									
Validación Registro Hospitalario	Seleccione la información que desea actualizar en el registro y pulse ACTUALIZAR :																																									
Actualización Registro Hospitalario	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripción:</th> <th colspan="5">Nº Rech.: 0</th> </tr> <tr> <th>Territorio</th> <th>Fec. Validación</th> <th>Nº Casos</th> <th>Errores</th> <th>Válidos</th> <th>Nº Carg.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> ARABA/ÁLAVA</td> <td>06-11-2019</td> <td>245</td> <td>13</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GIPUZKOA</td> <td>06-11-2019</td> <td>1212</td> <td>20</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BIZKAIA</td> <td>06-11-2019</td> <td>1258</td> <td>42</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RESTO</td> <td>06-11-2019</td> <td>2993</td> <td>2478</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>						Descripción:	Nº Rech.: 0					Territorio	Fec. Validación	Nº Casos	Errores	Válidos	Nº Carg.	<input type="checkbox"/> ARABA/ÁLAVA	06-11-2019	245	13	0	0	<input type="checkbox"/> GIPUZKOA	06-11-2019	1212	20	0	0	<input type="checkbox"/> BIZKAIA	06-11-2019	1258	42	0	0	<input type="checkbox"/> RESTO	06-11-2019	2993	2478	0	0
Descripción:	Nº Rech.: 0																																									
Territorio	Fec. Validación	Nº Casos	Errores	Válidos	Nº Carg.																																					
<input type="checkbox"/> ARABA/ÁLAVA	06-11-2019	245	13	0	0																																					
<input type="checkbox"/> GIPUZKOA	06-11-2019	1212	20	0	0																																					
<input type="checkbox"/> BIZKAIA	06-11-2019	1258	42	0	0																																					
<input type="checkbox"/> RESTO	06-11-2019	2993	2478	0	0																																					
GESTIÓN DE TUMORES	Página 1 de 1																																									
INFORMES - LISTADOS	Diferencias No Considerables: 903																																									
FICHEROS EXTERNOS	<input type="button" value="ACTUALIZAR"/> <input type="button" value="ELIMINAR"/>																																									
ADMINISTRACIÓN																																										

El volcado se distribuirá a los tres Territorios teniendo en cuenta el primer centro hospitalario que informa ordenado por fecha.

Boletines Estadísticos de Defunción (BED)

El cruce y procesamiento de las bases de datos del RCE y el Registro de Mortalidad se realiza automáticamente.

Los BED son la última fuente de información que se añade a la base de datos, y aporta casos que no se han recogido por otras fuentes. Se cruza la mortalidad del año correspondiente con todos los casos de la K43 que no tienen recogida como fuente el BED. Con los casos coincidentes se prepara un fichero para cargar en la aplicación la fuente BED, la fecha de defunción y la causa. Los casos no coincidentes que contengan alguna mención de tumor, masa, neoplasia, neoformación o cáncer se buscan en los centros sanitarios de la CAV para incorporar a la K43 si procede.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Existen varias leyes que afectan a la protección de datos, desde la Directiva Comunitaria 95/46, hasta la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002). La ley más reciente es la LOPD: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal, debido a que es de aplicación a los datos de carácter personal registrados en cualquier soporte físico (papel, magnético o telemático) que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de los mismos.

Toda persona que trabaje en el RCE, y que tenga acceso a datos de carácter personal, debe preservar la confidencialidad de los mismos. El deber de secreto no diferencia el estado de las personas (vivas o muertas) y subsiste por tiempo indefinido, aún después de la finalización del contrato laboral. Los datos personales identificables no deberán ser transmitidos por ningún medio sin contar con la debida autorización del Director del Registro o persona del RCE en la que haya sido delegada tal autorización.

CONTROL DE CALIDAD

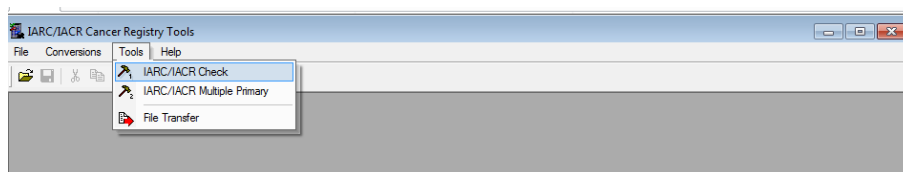
Antes de dar por cerrada la incidencia de cáncer de un año determinado se debe analizar la calidad de los datos.

1. Check de la IARC. Mediante un programa de la IARC (IARCrgr.tools) se chequea la consistencia interna de los datos. Pasos:

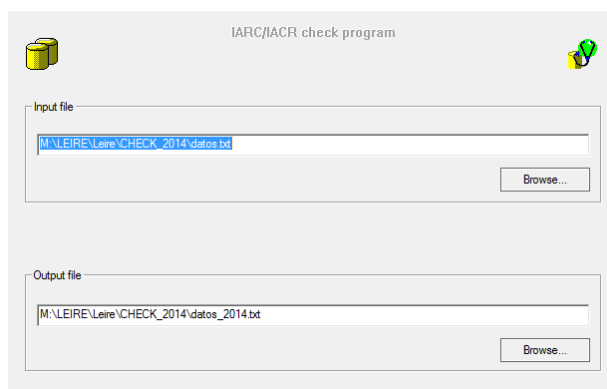
1.a. Para ello hay que crear un fichero de texto (Input file: *datos.txt*) con las siguientes variables:

- Número de registro: (Año de registro+Número de registro)
- Sexo
- Topografía (CIE O III)
- Histología (CIE O III)
- Comportamiento (CIE O III)
- Grado (CIE O III)
- Base diagnóstica
- Fecha de incidencia (fecha diagnóstico)
- Fecha de nacimiento
- Edad

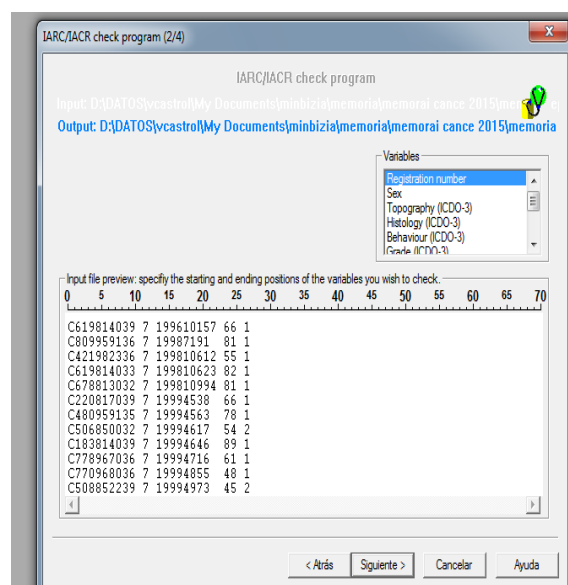
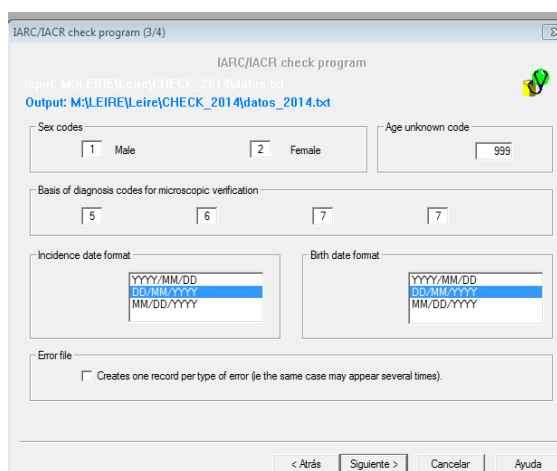
1.b. Se abre la aplicación y se escoge la opción Tools/ IARC Check.



1.c. En input file se carga el fichero *datos.txt* y en Output file se pega *datos_XXXX.txt*



1.d. Se siguen los pasos como indica el programa



1.e. La aplicación nos proporciona tres ficheros que analizan la consistencia interna de los datos:

- 1) **“.err”**. Un fichero de texto con los registros de casos en los que el programa detecta combinaciones de códigos imposibles o inverosímiles de las variables analizadas.
- 2) **“.chk”** (avisos). Registros que hay que revisar porque el programa detecta códigos y combinaciones de variables improbables que deben ser confirmadas.
- 3) **“.log”**. Fichero resumen de la información

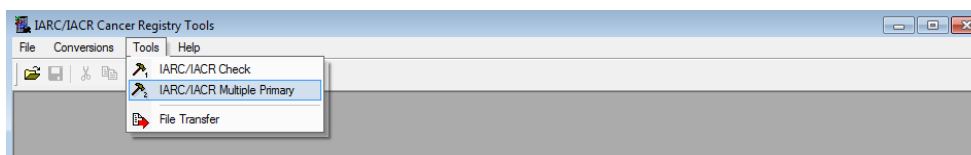
2. Check de la IARC para tumores múltiples. Pasos:

2.a. Se crear un fichero de texto (Input file: *datos.txt*) con las siguientes variables:

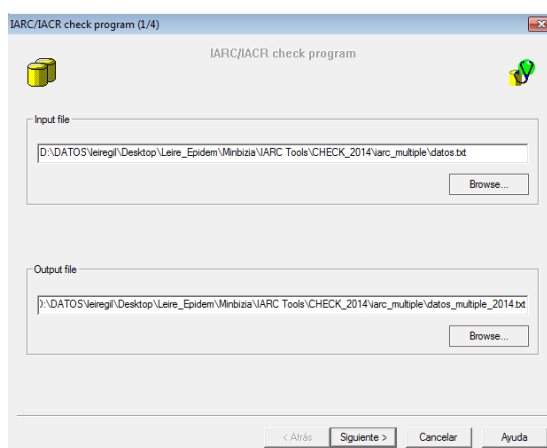
- Identificación del paciente
- Orden tumores (sequence number)
- Sexo

- Topografía (CIE O III)
- Histología (CIE O III)
- Comportamiento (CIE O III)
- Fecha de incidencia (Fecha diagnóstico)

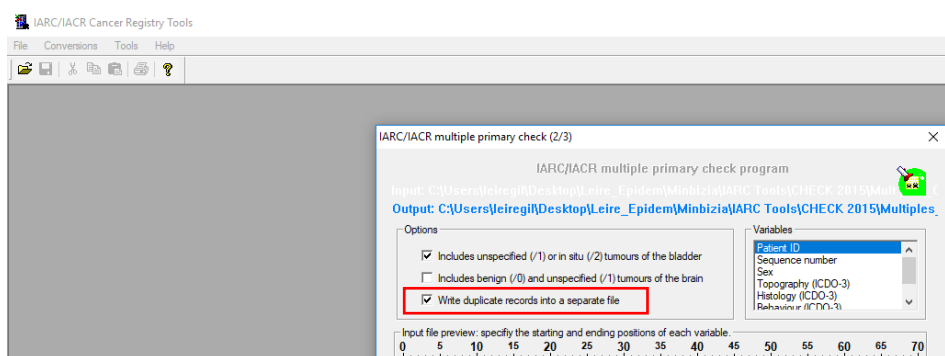
2.b. Se abre la aplicación y se escoge la opción Tools/IARC/IARC Multiple Primary.



2.c. En input file se carga el fichero datos.txt y en Output file se pega datos_XXXX.txt



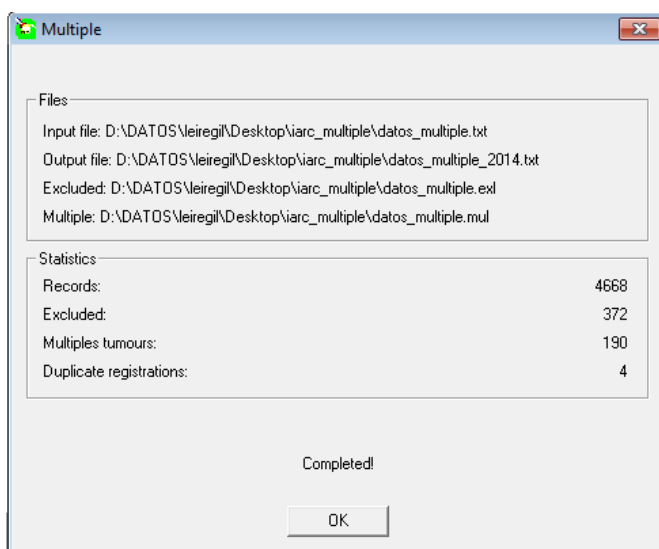
2.d. Se siguen los pasos como indica el programa



2.e. La aplicación proporciona una serie de ficheros:

- 1) **“.exl”**. Figuran los tumores de comportamiento /0, /1 y /2.
- 2) **“.mul”**. Esta fichero aparece si previamente se ha seleccionado la opción “Write duplicate records into a separate file”. Contiene los tumores duplicados según las normas de la IARC. Quedan excluidos los tumores del archivos “datos.exl”.

3) **Fichero Output (.txt)** contiene los tumores con el mismo formato del fichero input pero no contiene los registros identificados en el archivo “datos.exl”. También excluye los tumores duplicados si se ha seleccionado la opción “Write duplicate records into a separate file”. Si no se selecciona esta opción, al final de cada registro figurará un número. El 0 para los registros válidos y un número >0 para los registros duplicados.

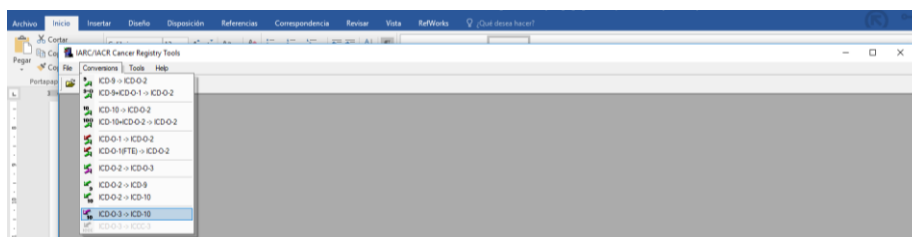


3. Conversión de CIE-O-III a CIE-10. Pasos:

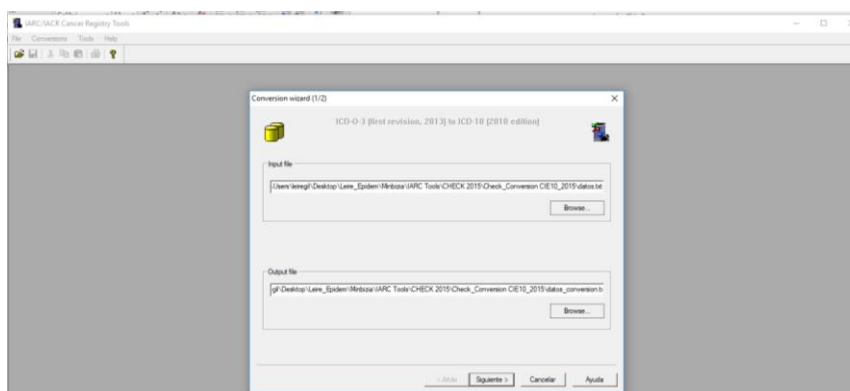
3.a. Se crea un fichero de texto (Input file: *datos.txt*) con las siguientes variables:

- Número de registro (Año de registro+Número de registro)
- Sexo
- Topografía (CIE O III)
- Histología (CIE O III)
- Comportamiento (CIE O III)
- Grado de diferenciación

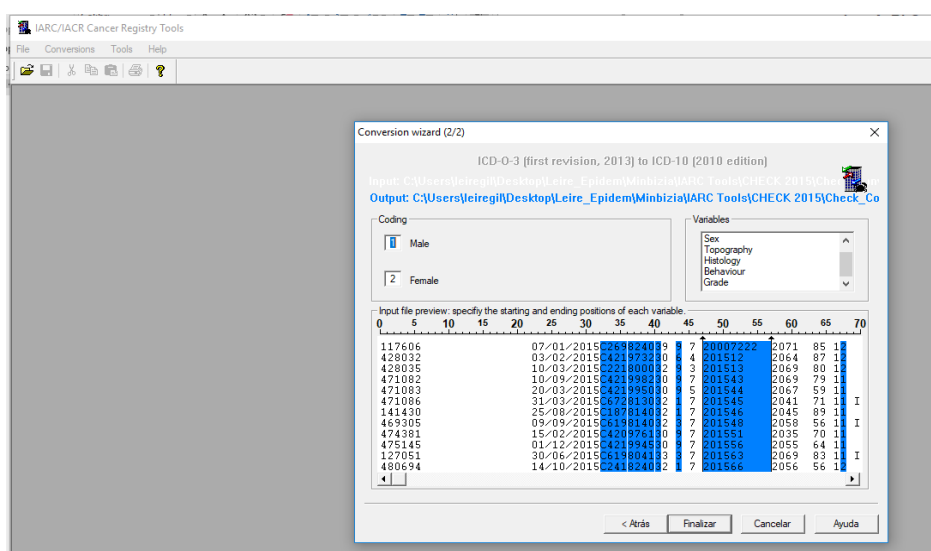
3. b. Se abre la aplicación IARC Cancer Registry Tools y se selecciona la opción Conversions/ICD-O-3 → ICD-10.



3.c. En input file se carga el fichero datos.txt y en Output file se pega datos_XXXX.txt



3.d. Se siguen los pasos como indica el programa



3.e. La aplicación proporciona una serie de ficheros:

- 1) **“.eO3to10”**. Contiene tumores que no pueden ser convertidos: códigos CIE-O-III erróneos, combinaciones sexo/topografía o topografía/morfología inválidas.
- 2) **“.wO3to10”**. Contiene registros a revisar.
- 3) **Fichero Output (.txt)**. Contiene los tumores con su conversión a CIE-10 correcta.

4. Otros indicadores de calidad de un registro.

- (%) de casos incidentes identificados por BED, por localización y sexo. Comparación del número de casos con la media de los 3 años anteriores.
- Razón de tasas crudas mortalidad/incidencia por localización (en aquellas equivalentes) y sexo.
- (%) de casos con única fuente BED. Es decir, con base diagnóstica 0.
- (%) de casos con primario desconocido y de localizaciones mal definidas.

- (%) de casos de edad desconocida o con fecha de nacimiento 01/07/XXXX.
- Número de casos con base diagnóstica desconocida (Base: 9).
- Número de tumores múltiples.

5. Consideraciones particulares. Chequeos internos.

Si 5º dígito (comportamiento) es 0 (benigno) o 1 (incierto), la extensión será: 0 (no aplicable).

Si 5º dígito es 2 (“In situ”), la extensión será: 1 (localizado).

Si 5º dígito es 3 (“Invasivo”), la extensión será: 3, 4 o 9, siempre distinta de 0 o 1.

Base diagnóstica: 5 (citología); 7 (histología) y 8 (diagnóstico por autopsia, con histología) NUNCA pueden acompañar una morfología inespecífica, M8000/*.

Morfología M8000/3 siempre con grado diferenciación 9.

Si el tratamiento es cirugía, la morfología no puede ser M8000/*.

M8000* y base histología (5/7/8): incorrecto.

5º dígito morfológico 0 o 1 sólo en ovario (C56), SNC (C70-72) y vejiga (C67).

CARCINOMA TRANSICIONAL/UROTELIAL (M8120/3): en riñón (C64) no hay transicional.

PLASMOCITOMA: Óseo : M9731/3 + Topo 40-41; **Extramedular:** M9734/3 + Topo =/40-41

CARCINOMA CROMÓFOBO: En glándula pituitaria (C75.1) se codifica: M8270/3 y en riñón (C64) se codifica: M8317/3 a partir de 2012.

CARCINOMA PAPILAR: en tiroides (C73) y riñón (C64): M8260/3; Ca papilar en Mama (C50): M8503/3 (no M8050/3).

LINFOMA ESPLÉNICO (M9689/3) debe tener topografía C42.2.

CARCINOMA BASOCELULAR (M8090) NO se registra.

CARCINOMAS EPIDERMÓIDES (M805-M808) nunca en C44. Carcinoma epidermoide de piel sólo se registra en pene (C60), escroto (C63.2) y vulva (C51).

SARCOMA KAPOSÍ (9140/3) NUNCA C44.

CORDOMAS M937*/3 SIEMPRE en hueso (C40-41). Cordoma clivus C41.0 (no C71).

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM (9761/3) siempre en C42.0.

HIGADO

C22.0 y morfología diferente a M817* (hepatocarcinoma) o M818*(hepatocarcinoma y colangiocarcinoma).

C22.1 y morfología diferente a M8160 (colangiocarcinoma)-M8161 (Cistadenocarcinoma).

T. Klatskin (M8162/3) siempre en vías biliares extrahepáticas: C24.0 (no C22.1).

M8140/3 (adenocarcinoma) + C22.0, posible M8170/3.

M8140/3 (adenocarcinoma) + C22.1, siempre colangiocarcinoma: M8260/3.

SISTEMA NERVIOSO

Los tumores malignos del SNC generalmente tienen extensión localizada, incluso cuando hay más de un lóbulo afectado, que se identificará con el código topográfico C718.

Los Meningiomas (**C70**) rara vez son malignos.

El código de meningioma meningoendotelial es M9531/0, en el índice alfabético de la CIE-O-III la morfología que aparece es errónea.

Topografía C70 con M80000/M80001/M80003 es probablemente meningioma.

El adenoma de hipófisis tiene un código específico en la CIE-O-III (2003): M8272/0 (no usar: M8140/0).

El Neurinoma (M9560/0) se codifica en C72. NO codificar en C71 (ej. ángulo pontocerebeloso).

CÉRVIX

CIN III=M8077/2 (Neoplasia intraepitelial cervical). La tendencia actual es a codificar como SIL de bajo grado (CIN I) y SIL de alto grado (CIN II y III): Estos últimos son de registro.