

**REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD
SECCION DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD**

**PROGRAMA NACIONAL
DEL REGISTRO DE CANCER
MANUAL DE INDUCCIÓN
PROCESO MANUAL Y DE CAPTURA**

**Elaborado por : Mirka Lucia Rodríguez B.
Responsable Técnica del Registro Nacional del Cáncer**

**Supervisión: Lic. Alvis M. Ruiloba V.
Jefe de Reg. Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud**

noviembre 2003

TAREAS DEL REGISTRO NACIONAL DEL CANCER

SISTEMA DE REGISTRO ESTADÍSTICO

El objetivo del sistema de registro estadístico de la información de tumores malignos, es el de contar con los mecanismos de recolección de datos y de tipo sistematizado, a través de una estructura organizada, que nos permita obtener y proporcionar información veraz y actualizada en forma, eficaz y eficiente.

En este sentido, nos apoyamos en Registros Médicos y Estadísticos de Salud, cuya estructura organizacional, en los diferentes niveles (Local, Regional y Nacional), que permiten el procesamiento y flujo adecuado de la información, para consumo de los usuarios.

Por lo tanto el Registro del Cáncer, cuenta con niveles de responsabilidad, que van desde los clínicos que corresponden al personal médico general, especializado y de patología, hasta los técnicos, que realiza el personal de registros médicos y estadística de salud, en el procesamiento, análisis y presentación de la información a través del sistema de salud.

Los aspectos técnicos del Registro del Cáncer en Panamá, que garantizan la estructura del sistema estadístico y ya están establecidos, son:

1. Personal técnico responsable de aspectos clínicos y técnicos
2. Formularios establecidos para la atención al paciente y de recolección de la información, con sus respectivas descripciones e instructivos.
 - .- Solicitud de Patología
 - .- Registro Diario de Tumores
3. Personal Responsable del manejo y procesamiento de la información (Registros Médicos y Estadísticas de Salud)
4. Instrumentos de trabajos a través de los sistemas establecidos para la codificación de la información y sus respectivas variables para la salida de la información, a través de los cuadros estadísticos.
5. Instructivo del llenado de la codificación, procesos y captura de la información.
6. Programa de Captura y su descripción de pantalla y procesos.
7. flujo de tareas (morbilidad y mortalidad)
8. Flujo de llegada de la información

I. FLUJO Y PERIODICIDAD DE LLEGADA DE LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LOS NIVELES DE RESPONSABILIDADES

Se estableció el flujo de la información con una periodicidad mensual y los niveles de responsabilidad en el manejo, proceso, envío y análisis de la misma es el siguiente:

1. **NIVEL LOCAL** .-Realizar enlace con servicio de Patología
 .-Asignar una unidad del depto. para la tarea del procesamiento de la información del Registro de Cáncer
 .- Enviar la información capturada a la Región (Mensual)

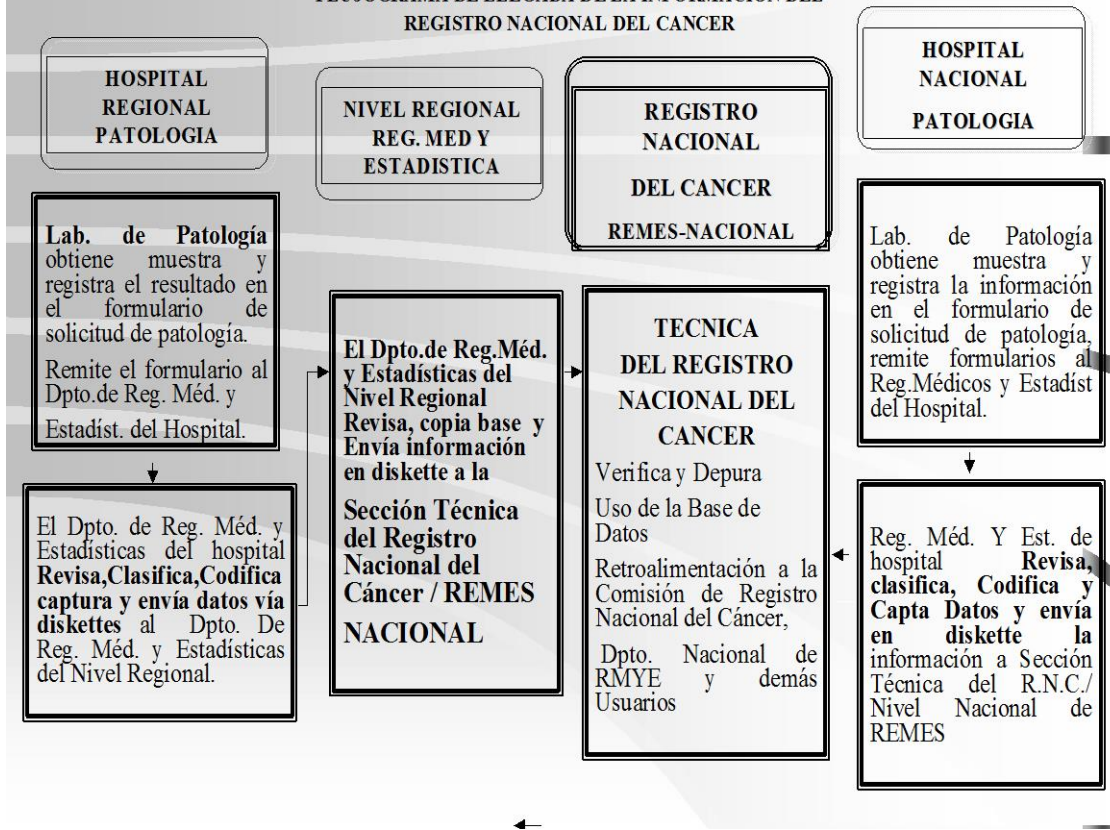
2. **NIVEL REGIONAL** .- Copiado de Base, Revisión y envío al nivel nacional (mensual)

3. **HOSPITALES NACIONALES:** .- Realizar enlace con patología
 .- Asignación de personal responsable
 .-Captura de la información y envío al nivel nacional (MENSUAL)

4. **NIVEL NACIONAL**

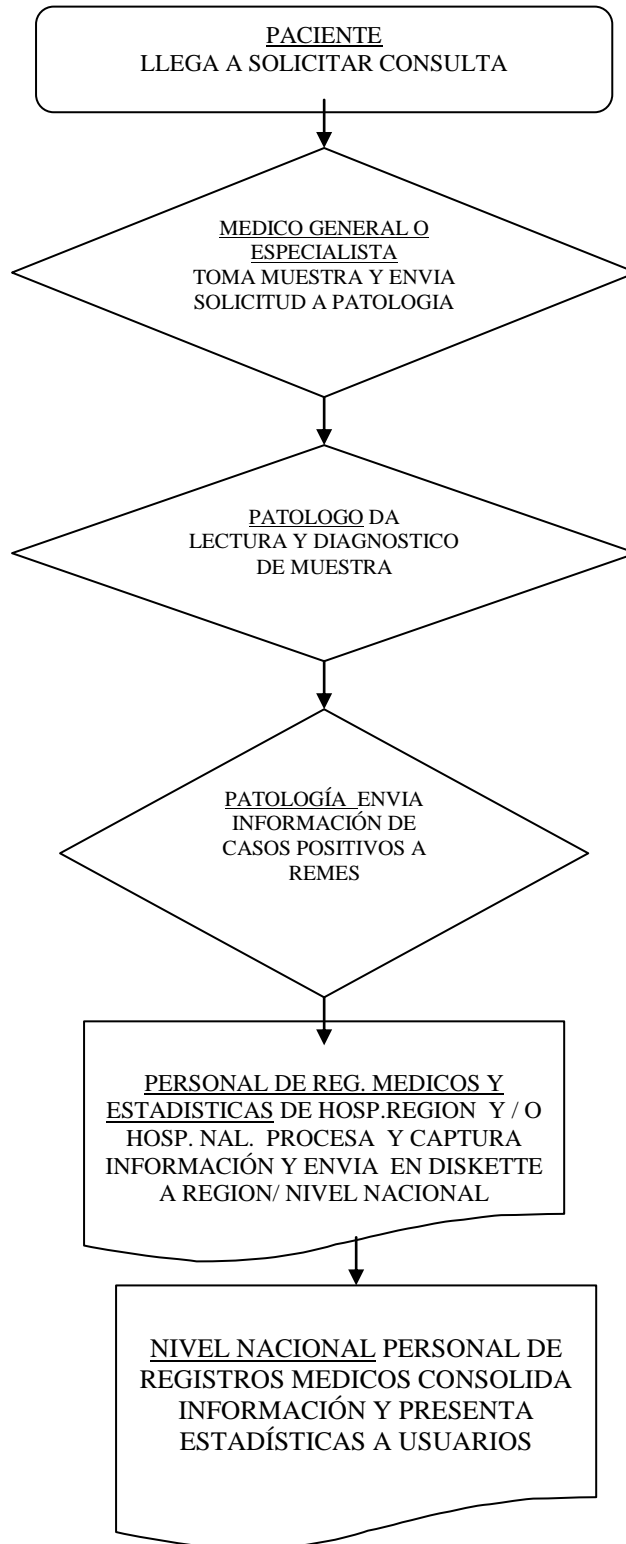
Es responsable del monitoreo y flujo de la información de los niveles local y regional .Es responsable de la consolidación de la información del país, tanto del sector público como del privado, del registro de las defunciones y la presentación las estadísticas del país. Igualmente debe coordinar los aspectos técnicos del sistema. Por lo tanto, verifica y depura la información. En ese sentido tiene la responsabilidad del monitoreo y del análisis cuantitativo. En este nivel se actualiza la base de datos y se preparan las estadísticas finales, proporcionando la información a los usuarios.

FLUJOGRAMA DE LLEGADA DE LA INFORMACION DEL
REGISTRO NACIONAL DEL CANCER



III. TAREAS

Desde el momento de llegada del paciente al servicio o institución, se involucran las siguientes disciplinas: Médico General y / o Especialista, Médico Patólogo y Personal de Registros Médicos y Estadísticas de Salud para su debida atención y obtención de la información.



3.FORMULARIOS ESTABLECIDOS

Para el Registro Nacional del Cáncer se estableció un formulario único tanto para la atención del paciente (datos clínicos, sociológicos y de diagnóstico) como para la recolección de la información.

3.1.CLINICOS

SOLICITUD DE PATOLOGIA

El formulario que recoge las variables de tipo sociológicas, clínicas y de diagnóstico, del paciente y de la muestra es la **SOLICITUD DE PATOLOGIA**. Fundamentalmente trabajan el médico general y especialista, anotando los datos clínicos del paciente y de la muestra que se solicita procesar y el médico patólogo que analiza la muestra y diagnóstica.

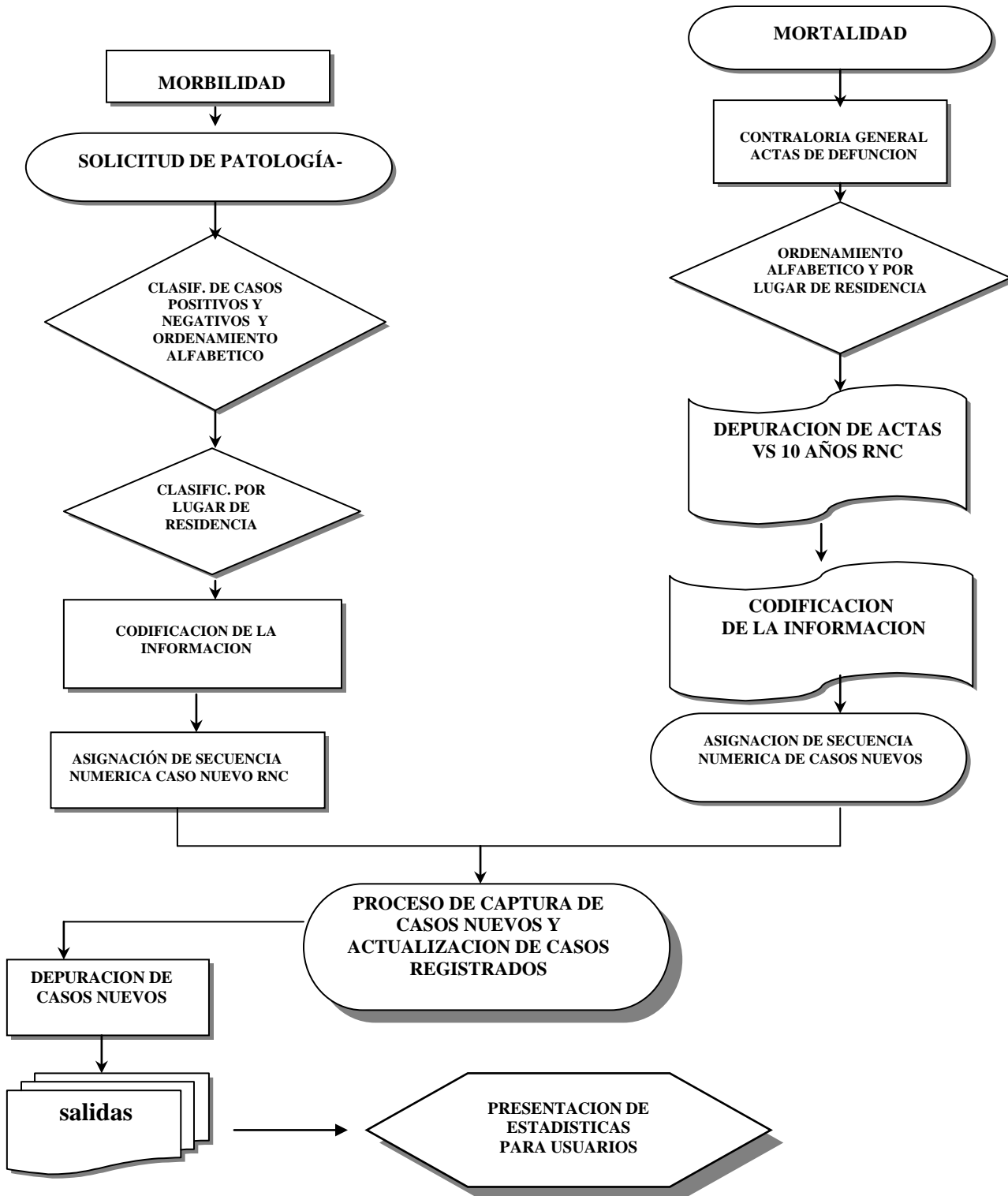
3.2. DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

REGISTRO DIARIO DE TUMORES

Para el sistema de recolección de datos se estableció igualmente un formulario único, denominado **REGISTRO DIARIO DE TUMORES**. Los hospitales con servicio de patología deben enviar el consolidado al nivel nacional. Recordemos que el envío de diskettes, será a partir del **año 2,004**, una vez se instale el Programa con las tablas de codificación actualizadas

REPUBLICA DE PANAMA
REGISTRO NACIONAL DEL CANCER

4. TAREAS DEL RNC



1. INSTRUMENTOS DE TRABAJO

El Registro Nacional del Cáncer cuenta con los diferentes formularios establecidos y las tablas de codificación como instrumentos de trabajo del personal de Registros Médicos. Anexamos una descripción de los mismos y los esquemas.

1.1. FORMULARIO CLINICO

SOLICITUD DE PATOLOGÍA

1.2. TABLAS DE SISTEMA DE CODIFICACIÓN

- **CIE – X-ONCOLOGICA**
- **DIVISION POLITICA DE PANAMA-CONTRALORIA**
- **CODIFICACION INSTITUCIONAL-MINSA**
- **CODIF. DE PROFESIONES - CONTRALORIA**
- **CODIFICACIONES DEL REGISTRO DEMAS VARIABLES**

1.3. INSTRUCTIVOS

.-PROGRAMA DE CAPTURA

1.REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Para el Registro de los datos sociológicos, clínicos y de diagnóstico del cáncer, se cuenta con los formularios establecidos, con sus respectivos instructivos. En 1996, La Comisión Nacional del registro de Cáncer, unificó y estableció un formulario único de solicitud de patología. El mismo, cuenta con todas las variables establecidas y cada instalación era responsable de su reproducción. El registro de la información parte desde la llegada del paciente al servicio , cuando el médico patólogo llena el formulario de Solicitud de Patología.

1. INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PATOLOGÍA

1. FORMULARIO DE SOLICITUD DE PATOLOGIA

PROPOSITO:

El formulario de Solicitud de Patología tiene como propósito recoger los datos sociológicos, los antecedentes y los clínicos. Además, incluye el informe del patólogo.

OBJETIVOS:

1. Registrar la información sociológica y clínica del paciente.
2. Proporcionar información del diagnóstico anatómico e histopatológico presentado por el patólogo.

PROCEDIMIENTOS PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PATOLOGIA

Este formulario es una de las fuentes más importantes para el registro de tumores y consta de las siguientes partes.

1. Datos Generales
2. Antecedentes Clínicos
3. Informes del Patólogo

Este formulario constará de un original y dos copias

Original	Para el Departamento de Patología
Copia 1	Para el médico solicitante o paciente
Copia 2	Para la Historia Clínica del paciente
Copia 3	Para Registro del Cáncer

2. PROCESO DE LOS DATOS

En los procesos de los datos, tenemos los de aspectos manual y los automatizados o de captura.

A- PROCESO MANUAL

1. Desglosamos las variables establecidas y su respectivos trabajos técnicos
2. Revisión de la información
3. Clasificación
4. Codificación de la información.
5. Captura

DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO MANUAL DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE TUMORES

El procesamiento de la información, correspondiente a la MORBILIDAD se realiza a nivel local.

El nivel nacional realiza además de la morbilidad, los procesos para la depuración e inclusión de la mortalidad, para la confección de las estadísticas finales

Este procesamiento de la información, incluye:

- a. FASE DE REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN
- b. DISCRIMINACIÓN DE CASOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.
- c. ORDENAMIENTO POR SISTEMA ALFABETICO
- d. CLASIFICACION DE LOS CASOS POR LUGAR DE RESIDENCIA
- e. PROCESO DE CODIFICACIÓN

Las Tablas que se utilizan en el procesamiento de la información son:

- .-CIE –X-ONCOLOGICA
- .- DIVISIÓN POLÍTICA DEL PAIS – CONTRALORÍA
- .-CODIFICACIÓN DE INSTALACIONES –MINSA
- .-CODIFICACIÓN DE OCUPACION – CONTRALORÍA

f. En el nivel nacional se realiza la codificación de las defunciones y su depuración contra 10 años atrás.

RESTO DE VARIABLES ESTABLECIDAS POR EL PROGRAMA DEL RNC: Están contempladas en la solicitud de patología, en el instructivo del llenado de Registro Diario de Tumores y en la descripción para la captura del Programa del Registro del Cáncer.(edad, sexo, fuente de información, etc.)

g. SECUENCIA NUMÉRICA: Asignación de número de caso secuencial para proceder a la captura

3. PROCESO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Consiste en la captura de los datos de las 25 variables establecidas, caso por caso, tan pronto codifique los casos.

4. DEPURACIÓN DE LA MORBILIDAD (CASOS NUEVOS)

Finalizada la morbilidad, se depuran los casos en el nivel nacional contra 10 años atrás para detectar los casos nuevos del año. A nivel local de depurará contra la información existente.

5. RESPONSABILIDAD POR NIVEL DEL PROCESO AUTOMATIZADO DE CAPTURA

En cuanto a los niveles de responsabilidad de la captura tenemos que actualmente se lleva esta actividad a nivel nacional. , a pesar de que se ha propuesto la descentralización anteriormente. Sin embargo a partir del año 2,004 se procederá a instrumentar un plan para la descentralización del trabajo técnico de la información, con la instalación del software y sus adecuaciones que incluyen las tablas de codificación utilizadas por el programa. Las responsabilidades desde el nivel local, regional y nacional en cuanto a captura y/o proceso automatizado son:

- a. **NIVEL LOCAL:** En el hospital regional con servicio de patología, una vez se procese la información en forma manual, se realizará la captura y cumplirá con el envío de la información en diskettes, a nivel regional.
- b. **NIVEL REGIONAL:** Se procederá a la revisión, análisis cuantitativo, monitoreo, copiar la base de datos y envío de la información en diskettes, al nivel nacional.
- c. **HOSPITAL NACIONAL:** Procederá a la captura a través del personal encargado y a nivel de Jefatura, revisa, monitorea, verifica analiza, copia base de datos y envía la información en diskettes a nivel nacional.
- d. **NIVEL NACIONAL:** Unión y consolidación de la información nacional. Monitorea, consolida, depura, analiza cuantitativamente, y presenta las estadísticas finales del país.

6.. MANTENIMIENTO DE BASE DE DATOS

a. BASE DE DATOS

Es una sola base de datos que recoge la presentación de las variables establecidas por Sitio anatómico, diagnóstico histopatológico, sexo, edad, lugar de residencia, hospital tratante y ocupación e igualmente es responsabilidad del nivel nacional.

b. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se presenta la información a través de cuadros estadísticos de la morbilidad y mortalidad. Los cálculos son de número tasas y porcentajes.

- c. **Programas que permiten el acceso a la información:** Esta información es accesible a través del Programa del registro del Cáncer, Epi.info, Foxprox y Excel.

7.. PROPORCIONAR INFORMACIÓN PARA USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS

La información se podrá obtener a través de los estamentos que Registros Médicos y estadísticas de salud han implantado, con la utilización de la tecnología moderna, como lo son : Acceso directos a través de la página web del Ministerio de Salud y de Registros Médicos y Estadísticas, vía internet, Discos Comptacts (CD), discos magnéticos (DISKETTES) , envío a correos electrónicos que suministre el usuario, en bibliotecas, universidades , ministerios y otras instalaciones.

1. USUARIOS INTERNOS

- a. Nivel local: Directores Médicos, Registros Médicos y Estadísticas del Nivel Local, y profesionales de la salud y de tipo administrativo, etc.
- b. Nivel Regional: Directores médicos y profesionales técnicos y administrativos, de Planificación, Epidemiología y otras profesiones del sector salud, etc.
- c. Nivel Nacional: Ministro de Salud, Directores Nacionales, de Programas, de y otros profesionales con responsabilidad nacional, Comisión Nacional del Cáncer médicos y técnicos del sector salud, otras profesiones de salud, etc.

2. USUARIOS EXTERNOS

Los usuarios externos utilizan la información para trabajos de diversa índole como tesis, trabajos de investigación de escolares de primaria y secundaria otras entidades y público en general.

PROCESOS MANUAL Y DE CAPTURA

Las variables establecidas por el RNC, corresponden a los datos sociológicos y clínicos del paciente, los cuales permiten su debida identificación y permiten la presentación de las estadísticas a los diferentes usuarios. Se obtienen de la solicitud de patología. En este formulario la información la brinda el paciente al personal de registros médicos, médico general y / o especialista y al funcionario que recibe la muestra en el servicio de patología.

DATOS SOCIOLÓGICOS

- 1. NUMERO SECUENCIAL**
- 2. APELLIDO PATERNO**
- 3. APELLIDO MATERNO**
- 4. NOMBRES**
- 5. CEDULA: Recuerde que es llave de entrada o localización del paciente**
- 6. NUMERO DE SEGURO SOCIAL**
- 7. NUMERO DE HISTORIA CLINICA**
- 8. FECHA DE NACIMIENTO:**
- 9. EDAD**
- 10. OCUPACIÓN**
- 11. LUGAR DE NACIMIENTO**
- 12. LUGAR DE RESIDENCIA**

Recuerde que las estadísticas se presentan por lugar de residencia, sexo, edad y oficio, **por** lo tanto no debe existir sub-registro de este tipo de información.

DATOS DE INFORMACIÓN DE LA MUESTRA, CLINICOS Y DE DIAGNOSTICO

Recuerde que las estadísticas se presentan por sitio anatómico y diagnóstico histopatológico.

- 13. FUENTE DE INFORMACIÓN**
- 14. TIPO DE CIRUGÍA**
- 15. NUMERO DE BIOPSIA**
- 16. ESTABLECIMIENTO QUE PROCESO LA MUESTRA**
- 17. HOSPITAL QUE TOMO LA BIOPSIA**
- 18. FECHA DE OBTENCIÓN (EXAMEN)**
- 19. SITIO ANATOMICO**
- 20. DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO**
- 21. SITIO ANATOMICO**
- 22. DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO**
- 23. HOSPITAL TRATANTE**
- 24. CONDICION DE FALLECIDO:**
- 25. FECHA DE DEFUNCIÓN**

1.1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LA MORBILIDAD DE TUMORES

El procesamiento de la información de nivel corresponden al nivel local y al nacional. El procesamiento para las defunciones le corresponde sólo al nivel nacional.

A continuación detallamos este procesamiento de la información.

1.1.1.1.PROCESO DE REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN

a. DISCRIMINACIÓN DE CASOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Patología le discrimina los casos positivos y negativos y Registros Médicos y Estadísticas de la institución, establece mutuamente el envío de la información a través de fotocopias.

El **quinto dígito** señala el tumor como **benigno, maligno o metastásico**. Además de los casos positivos (**Quinto dígito =3**), el registro contempla los casos con diagnóstico histopatológico benignos o **in situ** cuyo quinto dígito es **2**.

Los sitios que se incluyen dentro del registro para presentación de las estadísticas, con diagnósticos de benigno (In Situ) son: la Mama Femenina, Cuello de Utero, y Próstata. Para los casos metastásicos, deben buscar el primario con patología y de no existir, colorcar como sitio primario desconocido.

b. ORDENAMIENTO POR SISTEMA ALFABETICO

Se ordenan por orden alfabético uno a uno los casos. Para considerar la repetición de los mismos, se toman en cuenta la variable de la **cédula como llave de entrada**, seguidamente las otras variables generales que coadyuvan a la identificación de los casos (edad, fecha de nacimiento, residencia, seg. Social, etc). Los casos que se detectan como repetidos, se unen y se considera como lo indica la norma, la primera fecha de obtención.

c. CLASIFICACION DE LOS CASOS

Se clasifican los casos según grupos que especifiquen la división política del país para la obtención del Lugar de residencia.

1.1.1.2. PROCESO DE CODIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN

1. CODIFICACION

Se procede a codificar la información caso por caso, de acuerdo a las variables establecidas (25 variables).

El funcionario que codifica, utiliza múltiples tablas para este tipo de codificación, a saber:

1. **CIE –X-ONCOLOGICA:** Para codificar el tipo de tumor (anatómico e histopatológico)
2. **DIVISIÓN POLÍTICA DEL PAIS – CONTRALORÍA:** Para codificar el lugar de nacimiento y residencia.
3. **CODIFICACIÓN DE INSTALACIONES –MINSA:** Para codificar la instalación que tomó, procesó y trató al paciente.
4. **CODIFICACIÓN DE OCUPACION – CONTRALORÍA** Para codificar la ocupación y / o profesión del paciente.
5. **RESTO DE VARIABLES ESTABLECIDAS POR EL PROGRAMA DEL RNC:** Están contempladas en la solicitud de patología, en el instructivo del llenado de Registro Diario de Tumores y en la descripción para la captura del Programa del Registro del Cáncer.(edad, sexo, fuente de información, etc.)

2. SECUENCIA NUMÉRICA

Para la asignación de la secuencia numérica, se toma en cuenta el orden de acuerdo a la división política del país. Este número secuencial es su índice como RNC.

1.1.1.3. PROCESO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

La captura de la información responde a la necesidad de las 25 variables establecidas, caso por caso, tan pronto codifique los casos.

1.1.1.4. DEPURACIÓN DE LA MORBILIDAD (CASOS NUEVOS)

Finalizada la morbilidad, se depuran los casos en el nivel nacional contra 10 años atrás para detectar los casos nuevos del año. A nivel local de depurará contra la información existente.

V. PROCESO MANUAL PARA CAPTURA

CANCER.EXE

Auto

REGISTRO DE TUMORES 2000

No. de Caso: [REDACTED]

Apellido Paterno...:	[REDACTED]	Apellido Materno...:	[REDACTED]
Nombre.....:	[REDACTED]	Cédula.....:	0- - 0- 0
No. Seg. Social....:	[REDACTED]	No. Hist. Clínica...:	[REDACTED]
Fec. de Nacimiento...:	/ / [REDACTED]	Edad en Años.....:	[REDACTED]
Sexo.....:	0	Ocupación.....:	[REDACTED]
Lugar de Nacimiento:	[REDACTED]	Lugar de Residencia:	[REDACTED]
Fuente-Información...:	0	Tipo de Cirugía....:	0
No. de Biopsia.....:	[REDACTED]	Est.Proceso Muestra:	[REDACTED]
Hosp. Tomo Biopsia..:	[REDACTED]	Fecha de Examen....:	/ / [REDACTED]
Sitio Anatómico....:	[REDACTED]	Diag-Histológico...:	[REDACTED]
Sitio Anatómico II.:0000	[REDACTED]	Diag-Histológico II:00000	[REDACTED]
Hospital-Tratante..:	[REDACTED]	Fallecido.....:	0
Fec. Fallecimiento...:	/ / [REDACTED]		

ESCAPE - SALIR

El proceso manual se aplica caso por caso, de acuerdo a las variables establecidas, ya sea que se trabaje la solicitud de patología individual o en el registro diario de tumores. La importancia de las variables sociológicas y de diagnósticos radica en que las estadísticas de nuestro país y el seguimiento de casos, al igual que el resto del mundo, se presentan por sexo, edad, lugar de residencia y diagnósticos.

INSTRUCTIVO DE LAS CODIFICACIONES Y LLENADO DEL PROGRAMA REGISTRO DE CANCER

Este instructivo es útil para que Usted entienda y aplique el proceso de codificación y captura de la información del Registro del Cáncer, de acuerdo a lo solicitado en la PANTALLA DE CAPTURA DE CASOS.

1. **NUMERO DE CASO:** Es el Primer Código con que se inicia el Programa del Registro Nacional del Cáncer (Ver Anexo 1). Esta secuencia numérica la asigna la persona responsable de llevar el programa del RNC a nivel Nacional, quién de acuerdo a la experiencia de la cantidad de tumores que se presenten por lugar de residencia le proporcionará una determinada secuencia numérica a cada provincia. Para el ejemplo de Veraguas le comunicará que su secuencia numérica corresponde 300 casos para el año 2004, que van de 04-09-0001 al 04-09-0300 y se explica de la siguiente manera:

- a. Los dos primeros códigos corresponden al año en curso. **04**
- b. El segundo código, corresponde a la provincia que realiza la captura, en base al siguiente ejemplo **09**, para la provincia de Veraguas.
- c. Los 4 códigos restantes corresponden a la secuencia numérica con la que Usted indica la captura de cada caso (**0001**, **0002**, **0003**, **0004**, etc.)

Ejemplo:

AÑO 2004	PROVINCIA	NUMERO DE CASO (es secuencial)
04	09	0001

Ejemplo: Usted iniciará el Caso Número 1, enumerándolo así:

“04 09 0001”

Caso Número 2.....:

“04 09 0002”

Nota: En la captura de este dato el programa no permite los guiones separadores (**04090001**)

2. APELLIDOS Y NOMBRES

La persona que recoge los datos generales del paciente, debe ser lo más exhaustiva posible, para ayudar en a la no duplicación de casos (Segunda llave para localizar los casos). Por lo tanto pregunte todos los nombres y apellidos.

3. NUMERO DE CEDULA

La Primera llave de acceso o seguridad de la información, para la no duplicidad de casos e identificación corresponde al **NÚMERO DE CÉDULA**, por lo tanto, la persona que recoge los datos y la que recibe la información, debe ser lo más exhaustiva posible, para ayudar con este dato a la localización y depuración del registro, en caso de duplicidad. Debemos hacer énfasis en el departamento de patología y registros médicos, para que se recojan las variables 3, 5,6,7, y 8, ya que se presentan las estadísticas de acuerdo a las mismas y sería responsabilidad de estos niveles la omisión en los datos generales (actualmente existe mucha omisión en las provincias del interior).

En Panamá tenemos letras para denominar nuestra cédula, así tenemos que aparecen:

AV: Antes De la vigencia

PI: Panameño indígena

N: Nacionalizado panameño

Anote los datos tomando como ejemplo los siguientes números de cédula que presentamos:

CEDULA: 2 AV 2 2 1 2 5
 3 PI 1 3 6
 0 0 N 8 2 1 6
 8 2 1 2 2 4 1 5 1

Otras variables importantes que ayudan en que no se de la **DUPLICIDAD DE CASOS** y que deben ser debidamente recogidas y transcritas es el número de seguro social y de Historia Clínica. En años recientes se ha estipulado que sea el número de cédula como sistema único de identificación del ciudadano panameño. Motivo por el cual en los años recientes se coloca la misma información. Estos números ayudan a corroborar la veracidad de los casos.

4.NUMERO DE SEGURO SOCIAL: Anote el número del seguro del paciente. En algunos casos es similar al de la cédula.

5.NUMERO DE HISTORIA CLINICA: Anote el número de Historia Clínica-En algunos casos es similar al de la cédula.

6. FECHA DE NACIMIENTO: Se anota el día , mes y año de la fecha de nacimiento del paciente, anótelo de la siguiente manera:

DIA	MES	AÑO
<u> 1 </u> <u> 2 </u>	<u> 1 </u> <u> 1 </u>	<u> 1 </u> <u> 9 </u> <u> 4 </u> <u> 9 </u>

7. CODIGOS PARA LA EDAD: Estos códigos anteceden los datos correspondientes a las edades

Código **1** _ _ **MESES** Ejemplo de llenado: **1 0 5** (cinco MESES)

Código **2** _ _ **AÑOS** Ejemplo de llenado: **2 2 5** (veinticinco años)

Código **3** 9 9 **EDAD NO ESPECIFICADA** **3 9 9** (no suministró el dato)

8. SEXO: Son Los códigos establecidos para denominar al hombre y la mujer, anote:

MASCULINO : **1**

FEMENINO : **2**

9. OCUPACIONES: Son Los códigos utilizados por el Departamento nacional de Registros Médicos y Estadística para denominar la ocupación del paciente Este listado es proporcionado por la Contraloría General de la República.

Ejemplo:	ARQUITECTOS	00
	PROFESORES Y MAESTROS	06
	CONDUCTORES DE MEDIOS DE TRANSPORTE	50

10. LUGAR DE NACIMIENTO: Se codifica el lugar de nacimiento en base a los códigos establecidos por la Contraloría General con el Censo de Población y Vivienda de acuerdo a la última División Política de la República, en este caso año Censo año 2000. Igualmente consulte en la tabla de división política, el código para los lugares no especificados, por distrito o corregimiento.

Ejemplo:	ATALAYA	090000
	CALOBRE	090100
	CAÑAZAS	090200

11. CODIGOS PARA LUGAR DE RESIDENCIA: Se codifica el lugar de residencia en base a los códigos establecidos por la Contraloría General con el Censo de Población y Vivienda de acuerdo a la última División Política de la República, en este caso año Censo año 2000. Igualmente consulte en la tabla de división política, el código para los lugares no especificados, por distrito o corregimiento.

Ejemplo:	ATALAYA	090000
	CALOBRE	090100
	CAÑAZAS	090200

12. CODIGOS PARA LA FUENTE DE INFORMACIÓN: Se refiere al tipo de muestra que se toma, y que analiza el patólogo

CODIGO	1	BIOPSIA
CODIGO	2	NECROPSIA
CODIGO	3	CIRUGIA
CODIGO	4	REVISION DE LAMINILLA

13. TIPO DE CIRUGIA: Usted pulsa la tecla de entrada (ENTER) y aparece el 0, pulsa nuevamente la tecla de Entrada y va al siguiente paso.

14. NUMERO DE BIOPSIA: Número secuencial asignado por patología a cada biopsia. Se obtiene de la misma. Ayuda a identificar al paciente.

15. ESTABLECIMIENTO QUE PROCESO MUESTRA -CODIGOS DE INSTALACIONES: Anote los códigos establecidos para las instalaciones por el Departamento Nacional de Registros Médicos y Estadística.

Ejemplo:	HOSPITAL DE SANTIAGO	090901601
	POLICLINICA HORACIO DIAZ GOMEZ (C.S.S.)	090901502

16. HOSPITAL O INSTALACIÓN QUE TOMO MUESTRA (biopsia-cirugía-necropsia) -CODIGOS DE INSTALACIONES:

Al hospital o instalación que proporcionó la muestra usted lo denomina con los códigos establecidos para las instalaciones por el Departamento Nacional de Registros Médicos y Estadística.

Ejemplo:	HOSPITAL DE SANTIAGO	090901601
	POLICLINICA HORACIO DIAZ GOMEZ (C.S.S.)	090901502

17.FECHA DE EXAMEN: Corresponde a la fecha de obtención de la muestra.

18. CODIGOS DE DIAGNOSTICOS: Se codifica la información en base a los códigos establecidos por la CIE- Oncológica, Décima versión que se utilizan para el sitio anatómico e histopatológico, de acuerdo a lo diagnosticado por el patólogo.

En la codificación de los diagnósticos, el patólogo contribuirá con la selección de los casos positivos. Para su conocimiento y en caso de recibir algún caso mal seleccionado le adjuntamos la regla que le indica si el tumor es benigno, maligno o metastásico.

El registro además de los malignos, está aceptando los casos benignos de la Mama Femenina, Cuello de Utero, Próstata.

Para codificar si el tumor corresponde a una de estas categorías la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas, dice lo siguiente. La posición de este código dentro del diagnóstico histopatológico **5 dígito**. Para los metastásicos que reciba, codifique el sitio primario como desconocido, según lo indican las normas. **(C80.X)**

Estos casos no se capturan en el registro

M 8010	0	Benigno
M 8010	1	Incierto si es benigno o maligno malignidad límite
<hr/>		
M 8010	2	Carcinoma In Situ Intrahepitelial No Infiltrante No Invasor
M 8010	3	Maligno, sitio primario malignidad límite
<hr/>		

Estos casos no se capturan, debe obtener el sitio primario, de lo contrario, codifique C80.X

M 8010	6	Maligno, sitio metastásico Sitio secundario (C80.X)
---------------	----------	--

a. **SITIO ANATÓMICO:**Corresponde al sitio anatómico o parte del cuerpo humano afectado por el Tumor.

Ejemplo :

Carcinoma Epidermoide de la Mama Femenina: —————> Sitio: **Mama Femenina C50.9**

Carcinoma Escamoso del Pulmón: —————> Sitio Anatómico: **Pulmón C30.9**

b. **DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO:** Indica el tipo de tumor que padece el paciente. El diagnóstico histopatológico y grado de diferenciación van juntos.

Ejemplo: Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado

SITIO ANATOMICO	DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	GRADODE DIFERENCIACIÓN *
Mama Femenina	Carcinoma Epidermoide	Moderadamente diferenciado
C50.9	M 8070 / 3	2

El médico patólogo describe el grado de diferenciación **(SEXTO DIGITO)** de las células en el diagnóstico, para codificarlo existen los siguientes códigos:

*** Grado de diferenciación histológica y su definición o equivalencia**

- 1 Grado I..... Bien diferenciado - Diferenciado
- 1 Grado II.....Moderadamente diferenciado
Moderadamente bien diferenciado
- 2 Grado III.....Poco diferenciado
- 3 Grado IV.....Indiferenciado o Anaplásico
- 9Grado o diferenciación no determinado, no establecido o no aplicable

19. HOSPITAL TRATANTE -CODIGOS DE INSTALACIONES: Anote los códigos establecidos para las instalaciones por el Departamento Nacional de Registros Médicos y Estadística.

Ejemplo: HOSPITAL DE SANTIAGO	090901601
POLICLINICA HORACIO DIAZ GOMEZ (C.S.S.)	090901502

20. CODIGOS PARA CONDICION DE FALLECIDO: Son los utilizados para denominar la condición de Vivo o Muerto:

CODIGO 1 : Condición de fallecido y se llena el renglón de fecha de fallecimiento

CODIGO 2 : Condición de paciente vivo

21. FECHA DE FALLECIMIENTO: Se anota el día , mes y año de la fecha de defunción del paciente. Este dato es de manejo del nivel nacional, que realiza la captura del dato a través de las actas de defunción que le proporciona la contraloría general. A nivel local este renglón es sólo para su conocimiento. Si Usted recibe alguna copia de la acta de defunción, puede anotarlo, pero el nivel nacional lo corrobora con las actas de la contraloría general, de tener el dato anótelo de la siguiente manera:

DIA	MES	AÑO
<u>12</u>	<u>11</u>	<u>1949</u>

COMANDOS PARA GRABAR LA INFORMACIÓN QUE APARECEN UNA VEZ USTED TERMINA DE CAPTURAR LA INFORMACION

G	PARA GRABAR LA INFORMACIÓN
M	PARA MODIFICAR INFORMACIÓN
ELIMINAR EL REGISTRO <u>S</u> / <u>N</u>	CUANDO DESEA ELIMINAR UN REGISTRO
ESCAPE / SALIR	PARA SALIR DEL PROGRAMA O DE LA CAPTURA DEL CASO

VI-PROCESO AUTOMATIZADO DE CAPTURA

El Registro Nacional del Cáncer cuenta con su Programa de Captura de la Información y diferentes Salidas que consolidan la información de todas las causas por sexo, edad, lugar de residencia, sitio anatómico, diagnóstico histopatológico y año de ocurrencia. Se inició la captura desde 1985, en el lenguaje de cobol. Posteriormente se introdujo la utilización de programas más actualizados como el foxprox, excel y epi-info, para la lectura y acceso a los datos.

La información actual está alineada desde el año 1989 hasta el año 1999 Y DEL AÑO 2000 AL AÑO 2005.

En cuanto a los niveles de responsabilidad de la captura tenemos que actualmente se lleva esta actividad a nivel nacional. , a pesar de que se ha propuesto la descentralización anteriormente. Sin embargo a partir del año 2,004 se procederá a instrumentar un plan para la descentralización del trabajo técnico de la información, con la instalación del software y sus adecuaciones que incluyen las tablas de codificación utilizadas por el programa. En ese sentido se retomaran las responsabilidades iguales a las anteriores, desde el nivel local, regional y nacional.

VII- PROGRAMA DE CAPTURA

Este programa fue diseñado por el personal del departamento de informática del Ministerio de Salud. Cuenta con diferentes pantallas que permiten la captura y acceso a la información, presentando las diferentes variables establecidas.

La descripción de las diferentes PANTALLAS del Programa del Registro del Cáncer ha sido descrita en colaboración con la técnica Guillermina Mc Leary.

PROGRAMA DE CAPTURADEL REGISTRO NACIONAL DEL CÁNCER
PANTALLA DE INICIO DEL PROGRAMA: (Mantenimiento de Archivo)



Esta es la pantalla Menú Principal o pantalla de inicio del Registro de Tumores, nos presenta las diferentes bases de datos por años que existen grabadas en la base, para su

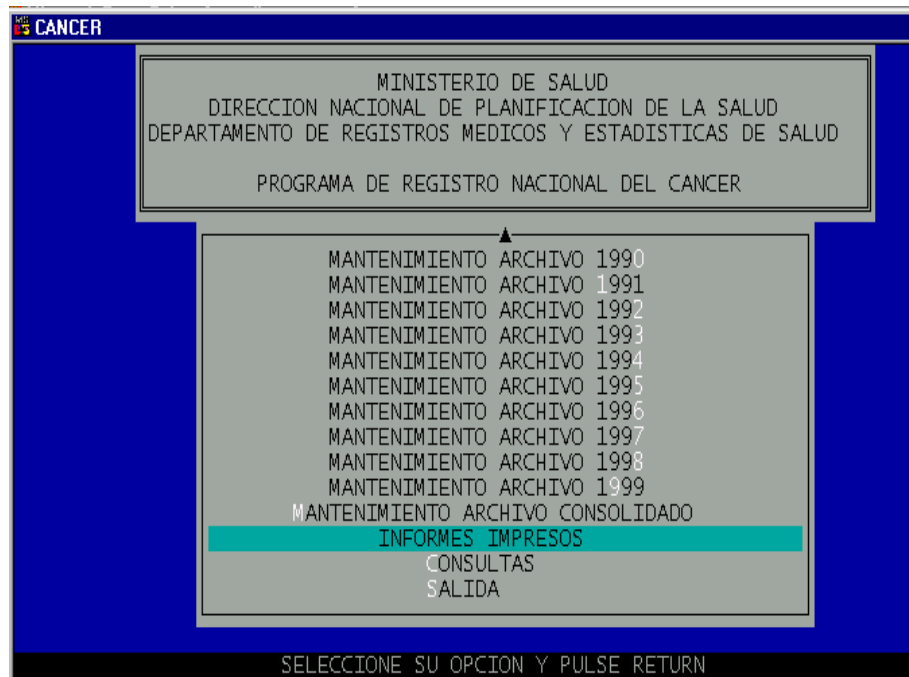
captura o actualización, además de otras acciones a realizar como:

- Captura de Registros por años**
- Mantenimiento de archivos consolidados**
- Impresión por pantalla o impresión de informes**
- Consultas y**
- Salidas**

Con las flechas de desplazamiento o el mouse se selecciona el año a grabar o la acción a realizar:

La pantalla de **MENU DE INICIO** cuenta con otros comandos como lo son **LOS INFORMES IMPRESOS**:

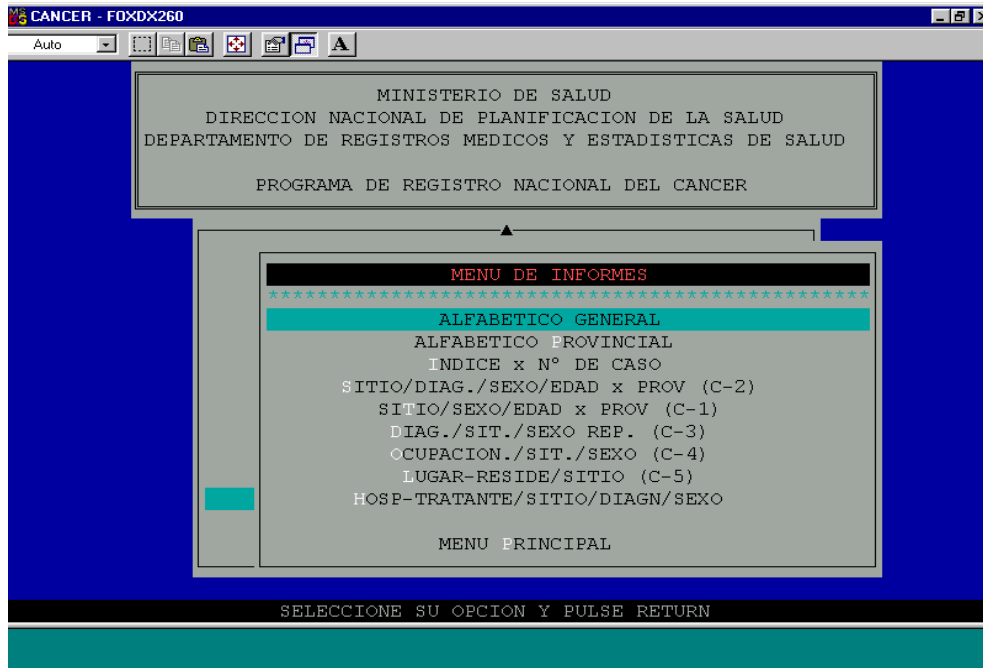
PANTALLA DE CAPTURA DEL REGISTRO: (Informes Impresos)



Esta es la pantalla **Menú Principal** o **pantalla de inicio** del **Registro de Tumores**, además de presentarnos las diferentes bases de datos; por año que existen grabadas en la base para su captura o actualización, también contempla el menú de impresión:

 **Informes Impresos**

1. PANTALLA DE MENÚ DE INFORMES



INFORMES IMPRESOS

Esta es la pantalla de menú de impresión los informes diseñados son 9 de los cuales

- ☒ 3 son listados alfabéticos por: (General de la República, Provincia y el Índice por Número de Caso)
- ☒ 5 son Cuadros Estadísticos y
- ☒ 1 listado por Hospital Tratante

Se selecciona el informe a imprimir, se le indica el periodo que se desea y por último para ver en la pantalla (P) o (I) si lo desea en papel.

1.2.1. INFORMES POR INDICE ALFABETICO

a. LISTADO POR INDICE ALFABETICO REPUBLICA

Como lo indica el listado, aparece la información ordenada alfabéticamente, iniciando con los apellidos. Se puede ver la información en pantalla o imprimirla en papel. Usted anota el año o el periodo que desee.

b LISTADO PÓR INDICE PROVINCIAL

Como lo indica el listado, aparece la información ordenada alfabéticamente, por cada provincia, iniciando con los apellidos. Se puede ver la información en pantalla o imprimirla en papel. Usted anota el año o el periodo que desee.

c. LISTADO SECUENCIAL POR NUMERO DE CASO

Como lo indica el listado, aparece la información ordenada de acuerdo al número de caso del registro o número que Usted asigna en el registro al caso. Es un ordenamiento secuencial numérico y se lista la secuencia por provincia. Se puede ver la información en pantalla o imprimirla en papel. Usted anota el año o el periodo que desee.

1.2.2. CUADROS ESTADÍSTICOS

Se puede ver la información en pantalla o imprimirla en papel. Usted anota el año o el periodo que desee.

- a. **CUADRO No 1:** Presenta la información por sitio anatómico, sexo, edad, presentando un subtotal según lugar de residencia (PROVINCIA-COMARCA)
- b. **CUADRO No 2:** Presenta la información por sitio diagnóstico histopatológico, sexo edad, presentando un subtotal por provincia / comarca. Y un acumulado de la república.
- c. **CUADRO No. 3:** Presenta la información de acuerdo al diagnóstico histopatológico, sitio y sexo a nivel de la república. Usted puede tener acceso un sitio anatómico o todos los sitios colocando el rango que se desea.
- d. **CUADRO No. 4:**Presenta la información a nivel de la república, en base a la ocupación o profesión del paciente, por sitio anatómico y sexo.
- e. **CUADRO No. 5:** Presenta la información por lugar de residencia de provincia y corregimientos y ciertos sitios.

1.2.3.LISTADO POR HOSPITAL TRATANTE

Presenta listado por hospital tratante, según sitio anatómico, diagnóstico histopatológico sexo y grupos de edad. Se puede ver la información en pantalla o imprimirla en papel.

Usted anota el año o el periodo que desee.

1.3. MANTENIMIENTO ARCHIVOCONSOLIDADO

Para acceder información del archivo consolidado de 1989 –1996

1.4. CONSULTAS: Para consultar informes

1.5. SALIDA: para salir del programa

1.3.PANTALLA DE MENÚ DE MANTENIMIENTO



Esta pantalla nos indica después de haber seleccionado el año a grabar o a actualizar qué mantenimiento se le va a realizar a la base de dato seleccionada lo siguiente:

- ☒ Introducir Registros manualmente
- ☒ Introducir Registros vía disquete
- ☒ Modificar, Consultar y Eliminar Registros
- ☒ Organizar y Respaldar Archivos y
- ☒ Regresar al Menú Principal

La pantalla de Menú de Mantenimiento le permite el acceso a la Base de Datos grabados de acuerdo al año seleccionado, según sea su interés. Esta información va desde el año 1989 al año 1999 y del año 2000 al 2005.

1.3. MANTENIMIENTO ARCHIVO

Si usted desea información del año 1999, mantiene el cursor en el año 1999 y oprime la tecla de entrada (“enter”) en su computadora y seguidamente se despliega la pantalla con los siguientes comandos:

- a. Introducir Registros Vía diskette o manual
- b. Modificar Registros
- c. Consultar Registros
- d. Eliminar Registros
- e. Organizar archivo
- f. Respalda archivo
- g. Menú Principal

1.3.1. INTRODUCCIÓN DE REGISTROS VIA DISKETTES O MANUAL:

En la Introducción de la información de datos vía diskettes, sabemos que se aplicará a partir del 2004. En lo que concierne a la introducción de registros manualmente, se entiende que una vez codificado cada caso, se procede a la captura o introducción manual del mismo.

1.3.2. MODIFICAR REGISTROS:

Ayuda A la modificación de alguna variable deseada, ya sea por omisión o corrección de la misma. En este comando sólo podemos modificar a partir del seguro social. Para volver a grabar un numero de caso, nombres, apellidos y cédula, se va al comando de eliminar e introducir registros para su nueva captura.

1.3.3. CONSULTAR REGISTROS:

Se procede a la consulta de un caso a través del número de caso o índice del paciente dentro del registro, una vez indicado el número, oprima la tecla de entrada (“enter”) y la pantalla le despliega la información.

1.3.4. ELIMINAR REGISTROS

Es muy importante el acceso a este comando, por cuanto una vez eliminada la información, esta no aparecerá más hasta que la vuelva a introducir. Si Usted detecta una duplicidad o la transcripción incorrecta del nombre, apellido o de la cédula, que es la principal llave de acceso a la información. Estudie detenidamente ambas informaciones (la de captura y la manuscrita), mantenga los datos que le interesen y elimine el caso. Si vuelve a introducir la información con un número nuevo o con la llave, nombres, apellidos nuevos, vaya al comando introducir Registros manualmente .

1.3.5. ORGANIZAR ARCHIVO

Al oprimir este comando el programa automáticamente organiza los archivos correspondientes a la base de datos que usted desea.

1.3.6. RESPALDAR ARCHIVO

Respaldar archivo guardando información en diskettes

1.3.7. MENU PRINCIPAL

Regreso al menú principal. Donde se alinea la información por año

2. PANTALLA DE CAPTURA DEL REGISTRO

REGISTRO DE TUMORES 2000

No. de Caso: [redacted]

Apellido Paterno...	[redacted]	Apellido Materno...	[redacted]
Nombre.....	[redacted]	Cédula.....	0- - 0- 0
No. Seg. Social....	[redacted]	No. Hist. Clínica..	[redacted]
Fec. de Nacimiento..	/ / [redacted]	Edad en Años.....	[redacted]
Sexo.....	0	Ocupación.....	[redacted]
Lugar de Nacimiento:	[redacted]	Lugar de Residencia:	[redacted]
Fuente-Información..	0	Tipo de Cirugía...	0
No. de Biopsia.....	[redacted]	Est. Proceso Muestra:	[redacted]
Hosp. Tomo Biopsia..	[redacted]	Fecha de Examen...	/ / [redacted]
Sitio Anatómico....	[redacted]	Diag-Histológico...	[redacted]
Sitio Anatómico II..	0000	Diag-Histológico II:	00000
Hospital-Tratante..	[redacted]	Fallecido.....	0
Fec. Fallecimiento..	/ / [redacted]		

ESCAPE - SALIR

La pantalla de captura de los Registros esta basada en el formulario de Registro de Tumores y contempla todas las variables anotadas en el mismo. La primera variable es el número de caso y se puede desplazar por el registro con la tecla ENTER o con las flechas de movimiento, para algunas variables existen controles en donde no se puede seguir a la siguiente si no se completa el código. Ver el proceso manual de captura-Instructivo

Nota: El manual de la CIE-Oncológica contiene las pautas de codificación que Usted debe seguir y estudiar, tan pronto se le proporcione esta información

EJEMPLO DEL LLENADO PARA LA CAPTURA EN PANTALLA

REGISTRO DE TUMORES 2004

1. No. DE CASO: **04060001**

2. APELLIDO PATERNO: **BONILLA** 3. APELLIDO MATERNO : **GARCIA**

4. NOMBRE: **ALICIA CLARA** 5. CEDULA **8 AV 83 4126**

6. N0. DE SEG. SOCIAL **171-9090** 7. N0.HIST. CLINICA **06-0015**

8. FEC.DE NACIMIENTO **12 / 12 / 1949** 9. EDAD EN AÑOS: **2 55**

10. SEXO: **2** 11. OCUPACIÓN: **41**

12. LUGAR DE NACIMIENTO: **080000** 13. LUGAR DE RESIDENCIA: **060102**

14. FUENTE DE INFORMACIÓN: **1** 15. TIPO DE CIRUGÍA: **0**

16. N0.DE BIOPSIA: **06-015** 17. EST.QUE PROCESO MUESTRA:**0808070201**

18.HOSP. TOMO BIOPSIA: **0601010402** 19. FECHA DE EXAMEN: **10 / 02 / 2004**

20. SITIO ANATOMICO: **C 16.9** 21. DIAG-HISTOPATOLOGICO **M 8140 / 3 9**

22. SITIO ANATOMICO **000000000000** 23. DIAG-HISTOPATOLOGICO **0000000000**

24. HOSPITAL TRATANTE: **0808040101** 25. FALLECIDO : **2**

26. FECHA DE FALLECIMIENTO: **00 / 00 / 0000**

G GRABAR

M MODIFICAR

ESCAPE O SALIR

Nota: Si Usted desea arreglar algún dato, al finalizar la captura, coloca la **M** de modificar, el cursor se colocará, en el comando de seguro social y modifica, a partir del mismo, lo que desea cambiar.

Igualmente, recuerde que para realizar arreglos en: nombres, apellidos y cédula, solo se pueden corregir, introduciendo nuevamente los datos y por lo tanto, hay que eliminar el caso primero. Cuando vuelve a grabar debe tener en cuenta que : Primero, tener a mano los datos originales. Segundo, los dato colocar su caso en ELIMINAR REGISTRO. El programa le pregunta si elimina el registro sí ó no. Tercero, volver a introducir el registro y grabarlo

LLENADO DE PANTALLA DE CAPTURA

No de Caso: **01060000001**

04



06



0000001



1. Año en curso: Lugar de Residencia Secuencia numérica
2. Apellido Paterno: Anote el apellido paterno **BONILLA**
3. Apellido Materno: Anote el apellido materno **GARCIA**
4. Nombres: Anote los nombres **CLARA**
5. Cédula: Anote el número de cédula **8-AV-83- 4126**
6. Seg. Social: Anote el número de Seg. Social **171-9090**
7. Historia Clínica: Anote No. De Historia Clínica **06-0015**
8. Fecha de Nacimiento: Anote día, mes y año **12-12-1949**

9. Edad: Recuerde anotar los códigos por delante de la edad, ejemplo: Cód.**1 09** (9 meses) Código **2 55** (55 años) Código de edad no especificada : **3 99**

10. Sexo: Anotar los códigos: **1** Masculino **2** Femenino
11. Ocupación: Utilice la Tabla de Ocupación, **41 AGRICULTOR**
12. Lugar de Nacimiento: Utilice Tabla de Códif. de la Div. Política del País, **080000**
(Panamá, N.E)
13. Lugar de residencia: Utilice Tabla de Cod.de la Div.Política del País, **060102**
La Arena Corregimiento de Chitré
14. Fuente de Información: Coloque los cód.: 1 (biopsia) 2 (necropsia) 3(cirugía)
15. Tipo de Cirugía: Teclee “enter” para pasar al siguiente paso

16. No. De Biopsia: Se anota el número de biopsia / cirugía
17. Establecimiento que
Procesó la muestra: Utilice la Tabla de Codif. De Instituciones
0808070201 (Caja de Seg. Social)
18. Hospital que tomó la biopsia: Utilice la Tabla de Codif. de las Instituciones:
0601010402 (Hospital El Vigía)
19. Fecha de Exámen: Anote la fecha de Obtención de la Muestra, **10 / 02 / 2004**
20. Sitio Anatómico: Lugar del cuerpo humano donde se localiza el tumor (pulmón, estómago, piel, próstata, etc.) Utilice la **Tabla de Codificación de la CIE-X**
Ejemplo: **C16.9** Estómago, sitio no especificado
21. Diagnóstico Histopatológico: Tipo de tumor maligno que afecta a las células.
Utilice la **Tabla de Codificación de la CIE- X**, Ejemplo: **M8140 / 3 9**
Adenocarcinoma no diferenciado.
- De existir otro sitio primario, colocar la información en el siguiente sitio anatómico e histopatológico, ó rellenar con cero, de no existir.**
22. Sitio Anatómico: Utilice la Tabla de Cod. de la CIE- X , Caso de otro sitio primario
23. Diagnóstico Histopatológico: Utilice la Tabla de Cod. de la CIE- X, para el otro histopatológico
24. Hospital Tratante: Utilice la Tabla de Codificación de las Instituciones
25. Fallecido: Coloque Código **1** para los **muertos** Código **2** para los **vivos**
26. Fecha de fallecimiento: Anote día, mes y año de defunción

Una vez finalizada la captura, al final del Programa aparece: **G** : **Grabar** si se completó la información, **M**: **Si desea Modificar la Información** , y **Escape ó Salir** : **si no va a grabar el caso**

