



ANEXO 01
INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 0247/2014
MEDICIÓN 01 DE ENERO 2022

CAC-IEP1-I01

TABLA DE CONTROL

	Nombre
ELABORÓ	Coordinación de Gestión Auditoría e Información
REVISÓ	Comité Técnico
APROBÓ	Dirección CAC

Versión N°	Fecha	Actualización
01	2021-11-11	Emisión inicial
02	2021-02-21	Versión 2



**INSTRUCTIVO PARA FACILITAR EL REPORTE DE INFORMACIÓN DE CÁNCER
DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 0247 DE 2014
MEDICION 01 DE ENERO 2022**

Máximo el 5 de mayo de 2022, debe presentarse a la Cuenta de Alto Costo (CAC) la base de datos de Cáncer de la medición con corte a 1 de enero de 2022.

Las personas a reportar son aquellas con diagnóstico histopatológico confirmatorio de cáncer in situ o invasor y aquellas con diagnóstico clínico en manejo para cáncer, que se encontraban vivas y activas, fallecidas, y desafiliadas a la EAPB (incluidas las de régimen de excepción y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud) del 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022, al igual que todas aquellas reportadas el año anterior con los datos correspondiente para este reporte.

Adicionalmente, se deben reportar los casos que presentaron inconsistencia de “cáncer diferente al reportado”, con el diagnóstico correcto, basados en el tipo histológico y localización determinada; así mismo los pacientes a quienes tras ser estudiados, se les confirmó la enfermedad maligna, pero en el periodo inmediatamente anterior, fueron marcados con la causal de “tumor en estudio o sospecha” o “sin sustento de diagnóstico, pero que recibieron tratamiento para el manejo de cáncer”, los cuales son identificados como casos nuevos para el objeto de la auditoría.

También deben verificar los usuarios trasladados a la EAPB entre el 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022, para así reportar quienes cumplan con las condiciones de diagnóstico mencionadas anteriormente.

La base de datos a reportar contiene 133 variables y corresponden a las definidas en el Anexo Técnico de la Resolución 0247/2014 que se reportan en 211 campos.

Cada registro o fila de la base de datos es una persona. Cada variable es una pregunta acerca de la persona. Todas las variables de esa persona deben registrarse en esa misma fila, si tiene más de un cáncer primario de forma simultánea o precedente en seguimiento, se debe reportar una fila para cada tipo de cáncer, en las variables 42, 43 y 44 registrar la información del otro cáncer primario y en la variable (128. Novedad ADMINISTRATIVA) reportar los registros con opción 12 – usuario que es notificado con dos o más cánceres en este periodo, a excepción de los casos en que el paciente presente como novedad de traslado de EAPB, desafiliado o fallecido, que son predominantes frente a la novedad descrita.

Cuando un paciente presenta dos tumores primarios codificados con el mismo CIE10 en aquellos órganos que son bilaterales (pulmón, mama, riñón, etc.) deben ser registrarlos en filas independientes, en las variables 42, 43 y 44 registrar la información del otro cáncer primario y en la variable V128 (Novedad administrativa del paciente) debe seleccionar la opción 12 (usuario que es notificado con dos o más cánceres en este periodo), aunque sí el paciente presentó trasladado



de EAPB, falleció o esta desafiliado de la entidad dentro del periodo, se reporta la novedad de traslado, fallecido o desafiliado en las dos o más filas, según corresponda.

Todos los pacientes con dos o más registros en la base de datos después de inactivaciones serán objeto de auditoría.

Por otro lado, se deben reportar los usuarios con diagnóstico de cáncer confirmado en los que la entidad no cuenta con los datos de las variables de fechas, estadificación y clasificación del riesgo al momento del diagnóstico en su totalidad, pero sí debe garantizar como mínimo un dato válido para la fecha del diagnóstico, debidamente soportado en historia clínica. Así las cosas, en este contexto la fecha de diagnóstico y de reporte de patología (variables 18 y 24 respectivamente), no pueden tener comodín 1800-01-01. El soporte válido para esta información, es la historia clínica del especialista tratante en la que se describa de manera completa y detallada el diagnóstico y tratamiento del cáncer reportado. No serán válidos soportes de medicina general, ni aquellos que mencionan antecedente de cáncer sin información que sustente el diagnóstico y el tratamiento.

Se insiste en que el uso de comodines en variables de diagnóstico, para casos reportados por primera vez a la CAC, serán calificados como datos no gestionados, excepto en los pacientes con diagnóstico de cáncer anterior al 2015-01-01 y después del 2021-11-01.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado por histopatología a partir del 1 de noviembre de 2021 que no alcanzaron a tener la estadificación del tumor, clasificación del riesgo, primera consulta en la que se define el manejo terapéutico, **Gleason, en los pacientes con cáncer de próstata ni HER2 en los de cáncer de mama**, reportar en las variables 26, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38 y 39 la opción de respuesta 1800-01-01 y 99 según corresponda.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado por histopatología a partir del 1 de noviembre de 2020 que fueron reportados con la opción de respuesta 99 en las variables 26, 29, **31, 32, 33**, 36, **37** y 38 en el periodo 2020-01-02 al 2021-01-01, deben actualizar la información, según lo evidenciado en soportes clínicos; no es necesario notificar a la CAC. Por lo demás, en ningún caso reportado previamente, sin inconsistencia en la base de datos después de auditoría, se considera válida la modificación de variables de diagnóstico.

Es importante aclarar, que los usuarios que previo al fallecimiento se encontraban en estudio por sospecha de cáncer, y posterior a la muerte se obtiene la confirmación, son objeto de reporte a la CAC. Es importante aclarar, que para este tipo de casos, es imprescindible contar con la historia clínica previa en la que se sustenta la sospecha del cáncer, sumado al reporte histopatológico.

Para los pacientes fallecidos antes o durante el periodo actual, se deben reportar con los últimos datos que se encuentren registrados en la historia clínica y en la variable 128 seleccionar la opción 4 ó 10 según corresponda.

Los pacientes requeridos, que en el periodo de reporte actual describan en los soportes clínicos una especificación del diagnóstico previamente reportado, y genere un cambio de agrupador de acuerdo a la clasificación del archivo operativo CIE-10 CAC, deben ser reportados en dos líneas; la



primera sin ajuste en la variable 17 y con la novedad 16 en la variable 128 y la segunda línea, con el diagnóstico actualizado en la variable 17, el tratamiento que recibió en el periodo de reporte actual y la novedad que corresponda en la variable 128; por ejemplo, en el periodo 2021-01-01 un caso fue reportado con el CIE-10 C919=Leucemia linfóide, sin otra especificación, pero en los soportes clínicos para el periodo actual, el profesional tratante define el linaje de la leucemia, tratándose de C910=Leucemia linfoblástica aguda, por lo cual cambió de agrupador de cánceres no priorizados a cánceres priorizados.

Toda la información reportada en la base de datos debe ser grabada como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt y los separadores de las variables deben ser tabulaciones. No debe faltar ningún campo de los definidos en la tabla del anexo técnico de la resolución 0247/2014 y ninguna variable debe venir vacía, de lo contrario, el aplicativo rechaza el cargue de la información. No se debe usar ningún carácter especial en ninguno de los campos (&, ñ, ú –tildes-, ü –diéresis-, # –número-, ° –grado-, ´ –apostrofe-, entre otros) ni se les debe completar con espacios.

El formato del nombre del archivo es AAAAMMDD_CODEAPB_CANCER.txt, donde AAAAMMDD corresponde a la fecha de reporte definida en el artículo 7 de la Resolución y CODEAPB al código de seis caracteres o el código del departamento o distrito según DIVIPOLA en caso de las entidades departamentales y distritales de salud, es decir, 20210505_CODEAPB_CANCER.txt

Las EAPB y la Direcciones Departamentales y Distritales de Salud son las responsables de cargar su base de datos en la página Web de la Cuenta de Alto Costo, www.cuentadealtocosto.org por medio del módulo de cargue de archivo plano dispuesto para tal fin.

Los entes territoriales deben reportar toda la información de la población pobre no asegurada y de la población asegurada, a quien el ente territorial le suministró prestaciones de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud durante el periodo de reporte.

La validación de los datos se debe realizar a través de la plataforma SISCAC, en el módulo de cargue de archivo plano, habilitada para los usuarios inscritos por cada entidad. Recuerde que el plazo máximo para el cargue de registros, es el 5 de mayo de 2022.

A continuación, encontrará explicación para el reporte de las variables definidas en la resolución:



IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EAPB Y DEL USUARIO REPORTADO

1. Primer nombre del usuario: Escriba el primer nombre del usuario. No se pueden utilizar símbolos, puntos, tildes, ni el carácter numeral, ni ningún otro carácter especial. Verifique que no esté registrando el primer apellido en lugar del primer nombre.

2. Segundo nombre del usuario: Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre NONE, en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE=Ningún Otro Nombre Escrito). No se pueden utilizar símbolos, puntos, tildes, -, ni el carácter numeral, ni ningún otro carácter especial. Verifique que no esté registrando el primer nombre en lugar del segundo nombre.

3. Primer apellido del usuario: Escriba el primer apellido del usuario. No se pueden utilizar símbolos, puntos, tildes, -, ni el carácter numeral, ni ningún otro carácter especial. Verifique que no esté registrando el primer apellido en lugar del primer nombre.

4. Segundo apellido del usuario: Escriba el segundo apellido del usuario. Registre NOAP, en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP=Ningún Otro Apellido)

5. Tipo de Identificación del usuario:

RC=Registro Civil

TI= Tarjeta Identidad

CC= Cédula de Ciudadanía

CE= Cédula Extranjería

PA= Pasaporte

MS= Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado)

AS= Adulto sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado)

CD= Carné Diplomático

SC= Salvoconducto de permanencia

PE= Permiso Especial

PT= Permiso por protección temporal

6. Número de Identificación del usuario: Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación. Para MS y AS registre el consecutivo interno del afiliado según lo dispuesto en la Resolución 4622/2016.

7. Fecha de nacimiento: Fecha de nacimiento del usuario en el formato AAAA-MM-DD (use como separador el guion "-")

8. Sexo:

M= Masculino

F= Femenino



9. Ocupación: Código según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (disponible en página web CAC).

9999= No existe información

5555= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

9998= No Aplica

10. Régimen de afiliación al SGSSS:

C= Régimen Contributivo

S= Régimen Subsidiado

P= Regímenes de excepción

E= Régimen especial

N= No asegurado

Los entes territoriales que atendieron la población pobre no asegurada deben seleccionar la opción N y para población con aseguramiento (que no son PPNA), a quien el ente territorial le suministró servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud durante el periodo de reporte, deben registrar el régimen contributivo o subsidiado al que estaba adscrito el paciente y en la variable novedad (V128) registrar la opción 14.

11. Código de la EAPB o de la entidad territorial: Cuando el usuario tenga EAPB escriba el código de la empresa que registra al usuario. Cuando el usuario sea notificado por entidad territorial escriba el código de departamento y seguido de tres ceros Ej: 01000 donde 01 corresponde al código de departamento según DANE (disponible en la página web CAC).

12. Código pertenencia étnica: Registre el grupo étnico del usuario:

1= Indígena

2= ROM (gitano)

3= Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia

4= Palenquero de San Basilio

5= Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

6= Ninguna de las anteriores

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

13. Grupo poblacional:

1= Indigentes

2= Población infantil a cargo del ICBF

3= Madres comunitarias

4= Artistas, autores, compositores

5= Otro grupo poblacional

6= Recién Nacidos

7= Persona en situación de discapacidad

8= Desmovilizados

9= Desplazados



- 10= Población ROM
- 11= Población raizal
- 12= Población en centros psiquiátricos
- 13= Migratorio
- 14= Población en centros carcelarios
- 15= Población rural no migratoria
- 16= Afrocolombiano
- 31= Adulto mayor
- 32= Cabeza de familia
- 33= Mujer embarazada
- 34= Mujer lactante
- 35= Trabajador urbano
- 36= Trabajador rural
- 37= Víctima de violencia armada
- 38= Jóvenes vulnerables rurales
- 39= Jóvenes vulnerables urbanos
- 50= Persona en situación de discapacidad del sistema nervioso
- 51= Persona en situación de discapacidad de los ojos
- 52= Persona en situación de discapacidad de los oídos
- 53= Persona en situación de discapacidad de los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
- 54= Persona en situación de discapacidad de la voz y el habla
- 55= Persona en situación de discapacidad del sistema cardiorrespiratorio y las defensas
- 56= Persona en situación de discapacidad de la digestión, el metabolismo, las hormonas
- 57= Persona en situación de discapacidad del sistema genital y reproductivo
- 58= Persona en situación de discapacidad del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
- 59= Persona en situación de discapacidad de la piel
- 60= Persona en situación de discapacidad de otro tipo
- 61=No definido
- 62= Comunidad indígena
- 63= población migrante de la República Bolivariana de Venezuela
- 555= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

14. Municipio de residencia: Registre el Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa DIVIPOLA – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio (disponible en la página web CAC). Validar que no se reporte la ciudad en la que recibe las atenciones en salud, cuando es en realidad reside de otro municipio.

15. Número telefónico del paciente (incluyendo a familiares y cuidadores): Registre sólo dos números de teléfono(s) fijos y/o móviles completos para contactar al paciente y separe por guion medio (-). Si no se tiene el número telefónico del paciente (incluyendo familiares y cuidadores) diligencie 0.



16. Fecha de afiliación a la EAPB que reporta: Fecha en la que el usuario se afilió a la EAPB en el formato AAAA-MM-DD (use como separador el guion "-").

*Para los Entes Territoriales cuando se trate de población pobre no asegurada registrar la fecha en que fue identificado dicho estado y cuando se trate de pacientes afiliados a otra entidad a quienes el ente territorial les suministró servicios en salud no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud, registre la fecha de entrega de la prestación.

INFORMACION RELACIONADA A DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL TRATAMIENTO INICIAL

17. Código CIE - 10 de la neoplasia (cáncer o tumor) maligna reportada (Primario): Registre el código de la enfermedad maligna que fue inicialmente diagnosticada al usuario según código CIE - 10, (disponible en la página web CAC). Si el paciente tuvo inicialmente diagnóstico clínico que posteriormente fue confirmado con histopatología, en esta variable debe registrar el CIE-10 de la confirmación histopatológica.

Aclaraciones

* Las metástasis a otros órganos no aplican como segundo primario por lo que no deben ser reportadas en filas independientes. Las metástasis que se identifican desde el diagnóstico se incluyen en la estadificación del tumor en la variable 29.

* En esta variable se registra solo el tumor primario y los tumores secundarios (metástasis) con primario desconocido, dispuestos en el archivo operativo CIE-10 en el agrupador "tumores secundarios" eligiendo el que más se adecúe según el compromiso (no se considera válido el uso del código "C80X Tumor maligno de sitios no especificados", eliminado del archivo operativo)

* Pueden encontrarse en las historias clínicas diferentes CIE-10 del mismo tumor primario siendo del mismo agrupador (ver archivo operativo disponible en página web CAC) y del mismo tipo histológico, en este caso no aplicaría un segundo registro.

* Si el paciente presenta en el mismo órgano dos primarios diferentes, se deben reportar de manera independiente (cada uno en una fila); por ejemplo piel.

* Dentro de cáncer de cérvix, están incluidos para el reporte los pacientes que tienen lesión intraepitelial de alto grado - NIC III que en el reporte de patología describa el componente in situ (NIC III-Carcinoma In situ). También reportar los casos que en el reporte de patología de la colposcopia tienen lesión intraepitelial de alto grado - NIC III y que en la conización se define como cáncer de cérvix infiltrante. No reportar los casos en los cuales solo se describen displasias leves a severas NIC I a NIC III en el reporte de la colposcopia, cambios por VPH o cervicitis crónica sin mención explícita del cáncer in situ.

* Dentro de la enfermedad de Paget son objeto de reporte como cáncer de mama, las lesiones que comprometan el canalículo; los tumores que sólo comprometen la piel del pezón y la areola deben ser reportados como cáncer de piel (cáncer no priorizado).

* Dentro del Tumor Phyllodes (filodes), sólo son objeto de reporte como cáncer de mama aquellos que tengan descripción histopatológica de alto grado o malignidad (por mención



explícita del patólogo o por la descripción de 10 o más mitosis por campo de alto poder), los demás tumores serán considerados lesiones benignas, las cuales no son objeto de reporte.

* Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son sarcomas localizados en cualquier porción del sistema gastrointestinal, los cuales deben ser reportados como tumores de tejidos conjuntivos y tejidos blandos.

* Los adenomas tubulovelloso displásicos y las neoplasias intraepiteliales de alto grado en colon, son lesiones premalignas y por tanto, no son objeto de reporte, excepto en casos en que la patología exprese claramente que se trata de un tumor in situ.

* Los tumores de la unión gastroesofágica, deberán ser reportados con un CIE-10 del agrupador de estómago cuando su histología corresponda a adenocarcinoma; en caso de ser del tipo escamocelular, deberá ser reportado como esófago. Vale la pena aclarar, que si el tumor se ubica en el tercio medio o superior del esófago, independiente de su histología, corresponde a un cáncer esofágico y no gástrico.

* Los tumores neuroendocrinos (TNE) grado I, II o III son objeto de reporte; el CIE-10 indicado para este tipo de lesiones es C759 Tumor maligno de glándula endocrina no especificada, independiente del órgano de origen.

* Todos los astrocitomas en población pediátrica y adulta independiente del grado OMS deben ser reportados (agrupador “ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso”).

* Son objeto de reporte todas las histiocitosis correspondiente al grupo M (histiocitosis primaria maligna e histiocitosis secundaria maligna) y las del grupo L (histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células indeterminadas y la histiocitosis mixta (células de Langerhans/enfermedad de Erdheim-Chester); los CIE-10 dispuestos en el archivo operativo para tal fin son C960, C961, D760, C965 o C966, lo cual será contratado con los soportes durante la auditoría.

* Si se trata de un tumor in situ según reporte histopatológico inicial, se debe elegir el CIE-10 correspondiente en el archivo operativo, que inicie con la letra D y el estadio (0 o in situ) debe coincidir en la variable 29.

18. Fecha de diagnóstico del cáncer reportado: Escriba la fecha de diagnóstico en formato AAAA-MM-DD (con guion “-” como separador). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

*Cuando el diagnóstico fue histopatológico la fecha de la variable 18 es igual a la fecha de la variable 24; para todo paciente reportado por primera vez, se debe adjuntar el reporte de histopatológico para sustentar dichas variables.

*Cuando el diagnóstico del cáncer fue clínico (no se realizó histopatología), registre la fecha de la primera consulta en la que el especialista basado en reportes imagenológicos o de laboratorio, concluye que se trata de un diagnóstico de cáncer.



***Para los casos en que se realiza un diagnóstico clínico inicial y en ésta misma fecha se indica tratamiento específico, ésta fecha es la que corresponde a variables 18 y 26; si más adelante se obtiene el reporte histopatológico, se registra este nuevo dato de fecha en la variable 24, es decir, será posterior a la fecha de diagnóstico e indicación de tratamiento. Ejemplo: Paciente con diagnóstico de síndrome linfoproliferativo (no hay confirmación histológica a la fecha), que, por su condición clínica y estudios disponibles, el hemato-oncólogo tratante indica inicio de terapia sistémica, confirmando por citometría de flujo el diagnóstico C910 (Leucemia linfocítica aguda) 7 días más tarde.**

***Es otro el caso, de los cánceres que sólo pueden ser confirmados por patología, como por ejemplo el cáncer de tiroides o de piel, por tanto el dato de la variable 18, es el mismo de la variable 24.**

19. Fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general hacia la institución o médico que hizo el diagnóstico: Revisar en la historia clínica la remisión más antigua disponible previa al diagnóstico y que pudiese estar asociada a la enfermedad maligna actual (debe ser menor o igual a la fecha de ingreso a la institución que realizó el diagnóstico, solicitada en la variable 20). Escriba la fecha de esa remisión en formato AAAA-MM-DD (con guion "-" como separador). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Para los casos en que la sospecha de enfermedad maligna está basada en imágenes, por ejemplo, TAC con evidencia de masa pulmonar sospechosa o resonancia para tumores del SNC, es válido tomar la fecha del reporte de dicho estudio en esta variable. Es imperativo, que en estos casos, se anexe el reporte correspondiente, como parte de los documentos dispuestos para la auditoría.**

***En los programas de tamización, la fecha de reporte de los hallazgos (mamografía, colonoscopia, citología cérvico vaginal) que sugieren malignidad puede ser registrada como la fecha de remisión para la presente variable.**

***En los casos en que no se cuenta con la fecha exacta de remisión, reporte del estudio imagenológico o de tamizaje, registre la fecha en la que fue ordenado el estudio con el que se pretende confirmar la sospecha de cáncer, es decir, la fecha en que ordenan la biopsia, imagen o laboratorio.**

20. Fecha de ingreso a la institución que realizó el diagnóstico luego de la remisión o interconsulta: Registre la fecha en formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.



Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Sí el diagnóstico del cáncer fue clínico registre la fecha de la atención en la que se hace el diagnóstico clínico de la lesión neoplásica. La variable 18 es igual a la variable 20 en este caso.**

***Sí el diagnóstico del cáncer fue por histopatología registre la fecha en que la muestra de patología ingresa al laboratorio que realiza el procesamiento.**

***En los casos en que el reporte de patología no registra fecha de ingreso de la muestra al laboratorio, registre la fecha en la que fue ordenado el estudio con el que se pretende confirmar la sospecha de cáncer, es decir, la fecha en que ordenan la biopsia, imagen o laboratorio, lo cual debe de estar soportado con la nota médica donde se constate dicha solicitud.**

21. Tipo de estudio con el que se realizó el diagnóstico de cáncer:

Tipo de prueba registre:

5= Inmunohistoquímica

6= Citometría de flujo

7= Clínica exclusivamente (incluye estudios imagenológicos y/o de laboratorio en aquellos casos clínicamente justificados en donde fue imposible tomar muestra de estudio histopatológico)

8=Otro

9= Genética

10= Patología básica

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Las opciones de respuesta 1, 2, 3 y 4 se eliminaron y quedan incluidas en la opción 10, sólo están habilitadas en usuarios prevalentes como parte del histórico.**

***Registre el estudio que dio el primer acercamiento al diagnóstico del cáncer.**

22. Motivo por el cual el usuario no tuvo diagnóstico por histopatología (aplica para registros con respuesta igual a 7 en la variable anterior):

1= Clínica, usuario con coagulopatía

2= Clínica, debido a localización del tumor

3= Clínica, debido al estado funcional del usuario (deterioro)

4= Negativa del usuario o su acudiente para realizar el estudio histopatológico, con documentación de soporte



5= Administrativa

6= Clínica por reporte de imágenes o laboratorios.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= Tiene confirmación por histopatología.

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

23. Fecha de recolección de muestra para estudio histopatológico de diagnóstico: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1845-01-01= No se realizó estudio histopatológico (en la variable 21 registro la opción 7).

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Para los casos en los que la muestra con la que se confirma el diagnóstico es producto de una cirugía, reporte en esta variable la fecha de la cirugía. (Ejemplo: cáncer de tiroides, piel, entre otros)**

***Los soportes válidos para esta variable son la nota quirúrgica o el reporte de patología que incluya la fecha de recolección de la muestra, no es válida la fecha de ingreso de la muestra al laboratorio para su procesamiento.**

24. Fecha de primero o único informe histopatológico válido de diagnóstico: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. (Registre la fecha de la primera prueba que confirmó diagnóstico de cáncer y dio inicio a un manejo, así haya requerido pruebas adicionales posteriormente para el diagnóstico definitivo). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1845-01-01= No se realizó estudio histopatológico (en la variable 21 registro la opción 7).

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***En el cargue de soportes es obligatorio adjuntar el reporte de la patología para dar respuesta a esta variable.**

25. Código válido de habilitación de la IPS donde se realiza la confirmación diagnóstica: Registre el código de habilitación de la IPS que proceso la muestra de patología en los casos en que el diagnóstico fue histopatológico (disponible en la página web REPS) o registre el código de la IPS donde se hizo el diagnóstico clínico. Verifique que el código reportado corresponde a una IPS con



habilitación para procesamiento de muestra de patología o el servicio especializado que hace el diagnóstico clínico.

55=Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

96= Diagnóstico fuera del país.

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

***Para diagnósticos histopatológicos llevados a cabo en el periodo, la IPS reportada debe estar habilitada en REPS para dicho servicio, de lo contrario, el auditor calificará como DOND.**

***Si no se adjunta el reporte de patología, el nombre completo de la IPS que procesó la muestra debe estar transcrita en la historia clínica; no es válido usar el código de la IPS de seguimiento.**

26. Fecha de primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna (médico especialista que define la primera conducta terapéutica -terapia sistémica, cirugía, radioterapia o cuidados paliativos- Manejo expectante): Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Para los usuarios con diagnóstico de cáncer histopatológico a partir del 1 de noviembre de 2021 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se define la primera conducta terapéutica, reportar en esta variable la opción 1800-01-01 y en la variable 128 la novedad 2, 10 ó 13.**

27. Histología del tumor en muestra de biopsia o quirúrgica: Registre el número que corresponde al subtipo histológico de la biopsia diagnóstica del cáncer (como primera opción), si no hay información en ese reporte use la quirúrgica:

- 1= Adenocarcinoma, con o sin otra especificación
- 2= Carcinoma escamocelular (epidermoide), con o sin otra especificación
- 3= Carcinoma de células basales (basocelular)
- 4= Carcinoma, con o sin otra especificación diferentes a las anteriores
- 5= Oligodendroglioma, con o sin otra especificación
- 6= Astrocitoma, con o sin otra especificación
- 7= Ependimoma, con o sin otra especificación
- 8= Neuroblastoma, con o sin otra especificación
- 9= Meduloblastoma, con o sin otra especificación
- 10= Hepatoblastoma, con o sin otra especificación
- 11= Rbdomiosarcoma, con o sin otra especificación



- 12= Leiomiomasarcoma, con o sin otra especificación
13= Osteosarcoma, con o sin otra especificación
14= Fibrosarcoma, con o sin otra especificación
15= Angiosarcoma, con o sin otra especificación
16= Condrosarcoma, con o sin otra especificación
17= Otros sarcomas, con o sin otra especificación
18= Pncreatoblastoma, con o sin otra especificación
19= Blastoma pleuropulmonar, con o sin otra especificación
20= Otros tipos histológicos no mencionados
23= Melanoma
24= Carcinoma papilar de tiroides
55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.
98= No se realizó estudio histopatológico (en la variable 21 registró la opción 7).
99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

***Para los casos con subtipo histológico escamocelular (opción 2), este no sólo está reservado para el cáncer de piel, sino para todos los tumores reportados con ésta histología (ejemplo: cérvix, pulmón, recto, etc.)**

***En los pacientes incidentes la opción 99 de esta variable será calificada como un dato no gestionado.**

***Se eliminan opciones 21=célula pequeña (pulmón) y 22=célula no pequeña (pulmón), con el fin de capturar el subtipo histológico específico que corresponda al cáncer de pulmón, (el subtipo células no pequeñas, agrupa los adenocarcinomas, escamocelular y otros tipos histológicos). Estas dos opciones sólo se consideran válidas para pacientes reportados antes del 2021 como parte del histórico.**

28. Grado de diferenciación del tumor sólido maligno según la biopsia o informe de primera cirugía: Apunte el número que corresponde al grado de diferenciación de la biopsia diagnóstica del cáncer (como primera opción), si no hay información en ese informe, use la quirúrgica.

- 1= Bien diferenciado (grado 1)
2= Moderadamente diferenciado (grado 2)
3= Mal diferenciado (grado 3)
4= Anaplásico o indiferenciado (grado 4)
55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.
94= Es un cáncer sólido cuyo reporte de patología no incluye la descripción de la diferenciación celular. (ejemplo: cáncer de tiroides, carcinoma basocelular, tumores in situ, melanoma, próstata, entre otros).
95= No es sólido (cáncer hematolinfático)
98= No se realizó estudio histopatológico (en la variable 21 registró la opción 7).



99= No hay información en la historia clínica

Aclaraciones

***Recuerde que la puntuación de la escala de Nottingham da un resultado en grado 1, 2 o 3, el cual puede registrar en esta variable.**

***La opción 99 está reservada para los cánceres que sí deben tener grado de diferenciación, pero no está descrito en los soportes.**

***En los casos de cáncer de próstata, con patología que no describa grado de diferenciación, reportarlos en opción 94.**

***La opción 99 sólo es válida para diagnóstico antes de 2015-01-01, se aclara que, si el diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar**

29. Si es tumor sólido, cuál fue la primera estadificación basada en TNM, FIGO, u otras compatibles con esta numeración según tumor:

CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER GÁSTRICO

0= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ)

2= ec IA o 1A

5= ec IB o 1b

11= ec IIA o 2a

14= ec IIB

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

19= ec IIIC o 3c

20= ec IV o 4

CÁNCER DE PRÓSTATA

7a Edición TNM

0= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ)

1= ec I o 1

11= ec IIA o 2a

14= ec IIB

16= ec III o 3

20= ec IV o 4

8ª Edición TNM

15= ec IIC o 2c

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

19= ec IIIC o 3c

21= ec IVA o 4a

22= ec IVB o 4b



CANCER DE PULMON

7a Edición TNM

0= estadio clínico (ec) o (tumor in situ)

2= ec IA o 1A

5= ec IB o 1b

11= ec IIA o 2a

14= ec IIB

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

20= ec IV o 4

8ª Edición TNM

3= ec IA1

4= ec IA2

19= ec IIIC o 3c

21= ec IVA o 4a

22= ec IVB o 4b

26= Estadio IAB

MELANOMA

0= estadio clínico (ec) o (tumor in situ)

2= ec IA o 1A

5= ec IB o 1b

11= ec IIA o 2a

14= ec IIB

15= ec IIC o 2c

16= ec III o 3

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

19= ec IIIC o 3c

20= ec IV o 4

29= ec IIID o 3d

CÁNCER DE COLON Y RECTO

0= estadio clínico (ec) o (tumor in situ)

1= ec I o 1

11= ec IIA o 2a

14= ec IIB

15= ec IIC o 2c

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

19= ec IIIC o 3c

21= ec IVA o 4a

22= ec IVB o 4b



CÁNCER ANAL (Agrupador Colon y recto)

0= estadio clínico (ec) o (tumor in situ)

1= ec I o 1

10= ec II o 2

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

20= ec IV o 4

8ª Edición TNM

1= ec I o 1

11= ec IIA o 2a

14= ec IIB o 2b

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

19= ec IIIC o 3c

20= ec IV o 4

CÁNCER DE CÉRVIX (FIGO)

0= estadio clínico (ec) o (tumor in situ)

1= ec I o 1

2= ec IA o 1A

3= ec IA1

4= ec IA2

5= ec IB o 1b

6= ec IB1

7= ec IB2

10= ec II o 2

11= ec IIA o 2a

12= ec IIA1

13= ec IIA2

14= ec IIB

16= ec III o 3

17= ec IIIA o 3a

18= ec IIIB o 3b

19= ec IIIC o 3c

21= ec IVA o 4a

22= ec IVB o 4b

27= ec IIIC1 o 3c1

28= ec IIIC2 o 3c2

30= ec IB3

OTRAS OPCIONES

8= ec IC o 1c

9= ec IS o 1s



23= ec IVC o 4c
24= ec 4S (para neuroblastoma)
25= ec V o 5
31= ec IC1
32= ec IC2
33= ec IC3
34= ec IIIA1
35= ec IIIA2

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= No Aplica (Es cáncer de piel basocelular, es cáncer hematológico o es cáncer en SNC, excepto neuroblastoma).

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

***En caso de más de una estadificación (clínica, patológica, etc.), apunte aquella que fue usada para iniciar el tratamiento o la primera registrada en la historia clínica al completar los exámenes de extensión. Escoja el número que representa la estadificación clínica.**

***Por otra parte, se presentan las opciones de estadificación por los agrupadores de cánceres priorizados, sin embargo, en los casos que esté reportando algún tipo de cáncer no priorizado puede seleccionar la opción de respuesta que tenga registrada en el soporte clínico, sin tener presente el agrupador acá mencionado.**

***Capturar la información descrita en la historia clínica en los casos en que la estadificación no corresponde al agrupador mencionado.**

***Para los usuarios con diagnóstico de cáncer histopatológico a partir del 1 de noviembre de 2021 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se estadifica el tumor, reportar en esta variable la opción 99 y en la variable 128 la novedad 2, 10 ó 13.**

***Se agregan opciones 34 y 35 como parte de la clasificación para cáncer de ovario**

***La opción 99 en incidentes, será considerado mala gestión del dato**

***Si en variable 17 se reportó un CIE-10 que inicia por letra D, es decir in situ, el estadio a reportar en variable 29 debe ser coherente, es decir, opción 0= estadio clínico (ec) o (tumor in situ).**

30. Fecha en que se realizó esta estadificación: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1845-01-01= No Aplica (Es cáncer de piel basocelular, es cáncer hematológico o es cáncer en SNC, excepto neuroblastoma)

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

**Aclaraciones**

*** Para los usuarios con diagnóstico de cáncer histopatológico a partir del 1 de noviembre de 2021 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se estadia el tumor, reportar en esta variable la opción 1800-01-01 y en la variable 128 la novedad 2, 10 ó 13.**

31. Para cáncer de mama, ¿se le realizó a este usuario la prueba HER2 (llamado también receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano, también llamado erb-B2) antes del inicio del tratamiento?: Registre

1= Sí se le realizó

2= No se le realizó

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica porque es cáncer de mama in situ

98= No Aplica (no es cáncer de mama)

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos

Aclaraciones

***Si se realizó el examen en pacientes con cáncer de mama in situ, capturar la información.**

***Se aclara que si el HER2 efectivamente se realizó pero éste fue posterior al inicio del tratamiento, la opción correcta en variable 31 es 2=No se realizó, sin embargo, en variables 32 y 33 se debe reportar la fecha y resultado de la prueba HER2 respectivamente.**

32. Para cáncer de mama, fecha de realización de la única o última prueba HER2: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos

Registre 1840-01-01= No Aplica porque es cáncer de mama in situ.

Registre 1845-01-01= No Aplica (no es cáncer de mama) o marcó la variable 31 con la opción 2.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

33. Para cáncer de mama, resultado de la única o última prueba HER2: Registre:

1= +++ (positivo)

2= ++ (equivoco o indeterminado)

3= + (negativo)

4= cero ó (negativo)

97= No Aplica porque es cáncer de mama in situ.

98= No Aplica (no es cáncer de mama) o marcó la variable 31 con la opción 2.

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.



55=Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

34. Para cáncer colorrectal, estadificación de Dukes Registre:

1= A

2= B

3= C

4= D

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= No Aplica (no es cáncer colorrectal)

99= Es cáncer colorrectal pero no hay información en la historia clínica acerca de esta estadificación

35. Fecha en que se realizó la estadificación de Dukes: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica (no es cáncer colorrectal o respuesta 99 en la variable anterior)

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte

36. Estadificación clínica en linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin adulto y pediátrico (Ann Arbor -Lugano)

Registre:

1= Estadio I

2= Estadio II

3= Estadio III

4= Estadio IV

5= Estadio IA

6= Estadio IB

7= Estadio IIA

8= Estadio IIB

9= Estadio IIIA

10= Estadio IIIB

11= Estadio IVA

12= Estadio IVB

13= Extranodal cualquier estadio

14= Primario SNC

15= Primario Mediastinal

16= Primario de otros órganos

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



98= No Aplica (porque es un tumor diferente a los enunciados)

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

***Las opciones de respuesta con sufijos A y B contemplan la presencia o no de sintomatología sistémica, así mismo opciones de respuesta para compromiso extranodal de cualquier estadio, primarios en SNC, mediastinal o de otros órganos. Si sólo cuenta en los soportes con el estadio sin el sufijo, reportar la opción correspondiente de la 1 a la 4.**

***Para los usuarios con diagnóstico de cáncer a partir del 1 de noviembre de 2021 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se estadifica el tumor, reportar en esta variable la opción 99 y en la variable 128 la novedad 2, 10 ó 13.**

37. Para cáncer de próstata, valor de clasificación de la escala Gleason en el momento del diagnóstico: Registre la opción que corresponde a la clasificación Gleason.

11= Gleason ≤ 6 : $\leq 3+3$

12= Gleason 7: $3+4$

13= Gleason 7: $4+3$

14= Gleason 8: $4+4$ o $3+5$ o $5+3$

15= Gleason 9 o 10: $4+5$ o $5+4$ o $5+5$

97= Es cáncer de próstata, pero no hay información acerca de esta estadificación porque el diagnóstico fue clínico.

98= No es cáncer de próstata.

99= Es cáncer de próstata, pero no hay información en la historia clínica acerca de esta clasificación a pesar de que fue diagnóstico histopatológico.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***En los casos nuevos para el reporte la opción 99 se considera un dato no gestionado.**

***Las opciones de la 1 a la 10 no son válidas para pacientes nuevos independiente del año de diagnóstico; sólo se validan como parte del histórico a pacientes reportados antes del 2021.**

38. Clasificación del riesgo leucemias o linfomas (para toda la población), y sólidos pediátricos:

Clasificación de riesgo en linfoma no Hodgkin

Registre:

1= Bajo Riesgo

2= Riesgo intermedio bajo

3= Intermedio

4= Riesgo intermedio alto



5= Riesgo alto

Clasificación de riesgo en linfoma de Hodgkin

Registre:

1= Bajo Riesgo

5= Riesgo alto

Clasificación del riesgo en adultos (LLA y LMA)

Registre:

1= Riesgo estándar, bajo

3= Riesgo intermedio

5= Riesgo alto

Clasificación del riesgo en Pediatría (LLA y LMA)

Registre:

1= Riesgo estándar, favorable

3= Riesgo intermedio

5= Riesgo alto, desfavorable

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= No Aplica (no es leucemia ni linfoma)

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

*Se mantienen las opciones de respuesta 1 a la 5, pero clasificadas por tipo de cáncer (leucemias y linfomas), basados en los sistemas de clasificación disponibles para cada uno de ellos.

*Las opciones 6 a la 13 sólo son válidos para pacientes reportados antes del 2021, haciendo parte del histórico.

*Para los usuarios con diagnóstico de cáncer a partir del 1 de noviembre de 2021 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se realiza la clasificación del riesgo, reportar en esta variable la opción 99 y en la variable 128 la novedad 2, 10 ó 13.

*En los casos que tenga otro linfoma no Hodgkin (LNH) seleccione la opción según el soporte clínico, sin tener en cuenta los agrupadores mencionados en la presente variable.

*Para los pacientes con linfoma de Hodgkin (LH), la homologación del estadio debe estar basada en los diferentes sistemas de clasificación (ejemplo: Hasenclever), en cuyo caso, si el estadio (variable 36) es I o II, el riesgo (variable 38) debe ser 1=Bajo riesgo y si el estadio es III o IV, la opción correcta es 2=Riesgo alto.

39. Fecha de clasificación de riesgo: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.



Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1845-01-01= No Aplica (no es leucemia, ni linfoma)

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Para los usuarios con diagnóstico de cáncer a partir del 1 de noviembre de 2021 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se realiza la clasificación del riesgo, reportar en esta variable la opción 1800-01-01 y en la variable 128 la novedad 2, 10 ó 13.**

40. Objetivo (o intención) del tratamiento médico inicial (al diagnóstico) Registre:

1= Curación

2= Paliación (intención paliativa) exclusivamente.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

***La información de la variable corresponde a la decisión al momento del diagnóstico, esta no es modificable en el tiempo.**

41. intervención médica durante el periodo de reporte, registre:

1= Observación previa a tratamiento (manejo expectante o casos en los que ya tienen orden médica de tratamiento, pero no alcanzó a ser administrado, dado que está cercano a la fecha del corte)

2= Ofrecer tratamiento curativo (quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, cirugía, terapia biológica) o paliativo dirigido al cáncer inicial o por recaída

3= Observación o seguimiento oncológico luego de tratamiento inicial (incluye tratamientos médicos para enfermedad general -no oncológica- y métodos diagnósticos de seguimiento)

4= 1 y 2 únicamente

5= 2 y 3 únicamente

6= 1, 2 y 3

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

99= No hay intervención en el periodo (abandono de terapia, alta oncológica ó alta voluntaria)

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER REPORTADO

42. Tiene antecedente o padece de otro cáncer primario (es decir, tiene o tuvo otro tumor maligno diferente al que está notificando): Registre:

1= Sí

2= No



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte

99= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Aclaraciones

***Si el paciente tiene 2 cánceres primarios del mismo agrupador, se debe capturar la información del segundo primario en variables 42 a 44 (ejemplo: mama bilateral, igual información en variables 17 y 44).**

***El segundo primario que se reporte, debe estar soportado en la historia clínica**

***En caso de 2 cánceres primarios, tratándose de un caso nuevo, necesariamente debe estar reportado en 2 líneas, cada uno con el primario que corresponda en variable 17, y en la variable 44, reportar el segundo primario.**

***En los casos en que el paciente tiene 3 cáncer primarios, en el antecedente se debe reportar el más cercano a la fecha de corte.**

***La opción 99 aplica para historias clínicas que no permitan descartar o confirmar un segundo tipo de cáncer, o que lo mencionen, pero sus datos son insuficientes**

43. Fecha de diagnóstico del otro cáncer primario: Fecha en que se diagnosticó el otro cáncer primario que afecta al usuario en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= Desconocido, el dato de esta variable no se encuentra descrito en los soportes clínicos.

Registre 1845-01-01= No Aplica (no ha tenido otro cáncer primario)

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

44. Tipo (CIE-10) de ese cáncer antecedente o concurrente: Registre la enfermedad maligna antecedente o concurrente. Tenga en cuenta que antes de definir, por ejemplo, un linfoma, el usuario pudo tener un diagnóstico de cáncer a estudio o tumor de células pequeñas, redondas y azules, debe notificarse el linfoma. Registre el código de la enfermedad maligna diagnosticada al usuario según código CIE -10 (disponible en la página web CAC).

Registre 55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Registre 99= No Aplica (no hay antecedente o concurrencia de otro cáncer primario)

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE TERAPIA SISTÉMICA E INTRATECAL EN EL PERIODO DE REPORTE**ACTUAL**

45. ¿Recibió el usuario quimioterapia u otra terapia sistémica (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapia dirigida) dentro del periodo de reporte?



Registre:

1= Sí recibió

98= No Aplica (no está indicada esta terapia, verifique que en las variables 46 a 73 se registra No Aplica)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Cuando el paciente tiene dos o más cánceres primarios registre la terapia sistémica que está recibiendo el paciente como tratamiento para el cáncer reportado en la variable 17 o la metástasis del mismo.**

***Si el paciente tiene más de un cáncer primario, asegurarse de reportar la terapia que corresponde a cada una de las líneas.**

***Sólo aplican tratamientos suministrados dentro del periodo de reporte.**

***No aplican los propuestos pero no administrados.**

46. ¿Cuántas fases de quimioterapia recibió el usuario en este periodo de reporte? (aplica para hematolinfáticos con los siguientes códigos de clasificación diagnóstica CIE-10; C835 Linfoma no Hodgkin linfoblástico (difuso), C910 Leucemia linfoblástica aguda, C920 Leucemia mieloide aguda, C924 Leucemia promielocítica aguda y C925 Leucemia mielomonocítica aguda): Escriba el número de fases de quimioterapia propuestas para este periodo.

0= Es cáncer hematolinfático con los siguientes códigos de clasificación diagnóstica CIE 10 (C835, C910, C920, C924 y C925) y en la variable 45 respondió la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= No Aplica (es sólido o es cáncer diferente a los enunciados en las fases)

46.1. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Prefase o Citorreducción inicial (aplica solo para leucemia linfoide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica (no es leucemia linfoide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico)

46.2. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Inducción (aplica solo para leucemia linfoide o mieloide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



97= No Aplica (no es **leucemia linfóide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico**)

46.3. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Intensificación (aplica solo para leucemia linfóide o mieloide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica (no es **leucemia linfóide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico**)

46.4. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Consolidación (aplica solo para leucemia linfóide o mieloide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica (no es **leucemia linfóide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico**)

46.5. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Reinducción (aplica solo para leucemia linfóide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase):

Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica (no es **leucemia linfóide aguda ni linfoma linfoblástico**)

46.6. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Mantenimiento (aplica solo para leucemia linfóide o mieloide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica (no es **leucemia linfóide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico**)

46.7. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Mantenimiento largo o final (aplica solo para leucemia linfóide o mieloide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



97= No Aplica (no es leucemia linfóide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico)

46.8. El usuario recibió en este periodo Otra fase de quimioterapia denominada diferente a las anteriores (aplica solo para leucemia linfóide o mieloide aguda y linfoma linfoblástico, puede haber recibido más de una fase): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió (aplica únicamente para los CIE 10 C835, C910, C920, C924 y C925)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97= No Aplica (no es leucemia linfóide o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico)

47. Número de ciclos iniciados y administrados en el periodo de reporte, incluyendo el que aún recibe en la fecha de finalización del periodo (aplica para todos los cánceres): Escriba el número de ciclos iniciados en el periodo de reporte actual (pueden ser ciclos en diferentes esquemas de manejo)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= No Aplica o no la recibió, aunque fue formulada (en la variable 45 seleccionó 98)

Aclaraciones

***Ciclos:** el número de administraciones del esquema o protocolo según el plan terapéutico indicado por el especialista tratante.

***En el manejo de los tumores sólidos los ciclos generalmente tienen periodo de descanso entre una y otra administración del esquema, registre de acuerdo a la historia clínica.**

***Para los cánceres hematolinfáticos registrar según la descripción en la historia clínica, ya que el ciclo se define por el protocolo que recibe el paciente.**

***Para las hormonoterapias el dato en esta variable es 1 (un ciclo) en tratamientos orales sin periodos de descanso.**

***Para las terapias hormonales vía intramuscular o subcutánea se cuenta el número de aplicaciones del periodo.**

***Cada administración de medicamentos vía intratecal, debe ser contada como un ciclo**

48. Ubicación temporal del primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica en el periodo en relación al manejo oncológico: Registre:

1= Neoadyuvancia (manejo inicial prequirúrgico)

2= Tratamiento inicial curativo sin cirugía sugerida (por ejemplo, sería una opción frecuente en caso de leucemias o linfomas, u otros cánceres a quienes no se les hizo cirugía)

3= Adyuvancia (manejo inicial postquirúrgico)

11= Manejo de recaída

12= Manejo de enfermedad metastásica

13= Manejo paliativo (sin manejo de recaída ni enfermedad metastásica)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



98= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98)

Aclaraciones

***Esquema o protocolo es el plan terapéutico de la terapia sistémica para el manejo curativo del cáncer, este puede ser uno o varios medicamentos que se administran en un mismo tiempo o en diferente tiempo según lo defina el profesional tratante basado en guías y protocolos médicos.**

***En los casos de hormonoterapia para cáncer de mama que generalmente se administra por periodos de tiempo de 5 hasta 10 años, si éste comenzó posterior a cirugía, la opción de respuesta es adyuvancia.**

49. Fecha de inicio del primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica que recibió en este periodo. Este esquema pudo haber sido iniciado antes de periodo de reporte. Registre esta fecha en que se inició este esquema de quimioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98).

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Es común que el paciente reciba esquemas prolongados, por tanto, es válido que la fecha a registrar en esta variable anteceda al periodo y se continúe suministrando en el periodo actual.**

50. Número de IPS que suministran el primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte: Registre el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que suministran el primer esquema de quimioterapia del periodo de reporte.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98= No aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98)

51. Código de la IPS1 que suministra el primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte: Código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS) Para todos los tratamientos orales, se debe consignar el código de habilitación de la IPS que le prescribió el tratamiento no el código del operador logístico que realiza la entrega.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

96= Terapia sistémica suministrada fuera del país

98= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98)



52. Código de la IPS2 que suministra el primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte: Código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS)

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

- *Verifique que la IPS cuente con el servicio de quimioterapia habilitado de acuerdo al REPS
- *Para todos los tratamientos orales, se debe consignar el código de habilitación de la IPS que le prescribió el tratamiento no el código del operador logístico que realiza la entrega.
- *Se incluye en variable 51, la opción de terapia sistémica suministrada fuera del país, para pacientes con diagnóstico confirmado en Colombia o que actualmente residan en el país, quienes reciben al menos parte del esquema por un prestador extranjero.

53. Cuantos medicamentos antineoplásicos o terapia hormonal, el (los) especialista(s) tratante(s) del cáncer propusieron como manejo en el primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte: Escriba el número de medicamentos antineoplásicos propuestos en el primer esquema de este periodo. Recuerde descontar el número de medicamento adyuvantes o de premedicación de la terapia que no son antineoplásicos.

98= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98)

99= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

- *Registrar el número total de medicamentos propuestos (no necesariamente administrados) durante el periodo, por el o los especialistas tratantes.
- *En las variables 53.1 a 53.9 y 54 a 56, registre los ATC sólo de los fármacos administrados en el periodo
- *Los ATC correspondientes a esteroides (dexametasona, prednisolona, prednisona y metilprednisolona), no deben ser reportados en pacientes con cánceres sólidos, linfomas de Hodgkin ni con leucemia mieloide aguda, ya que su utilidad en este tipo de pacientes no está dada en efecto antineoplásico sino reducción de efectos adversos.
- *Todo paciente con cáncer sólido o hematolinfático que reciba pegfilgastrim como parte de su esquema de tratamiento, debe ser reportado más no cuantificado. No es válido como monoterapia (único fármaco).
- *Los fármacos antirresortivos (ácido ibandronico, alendronato, zoledronico y denosumab), sólo se consideran válidos para la cohorte, si su indicación corresponde a manejo de metástasis ósea, incluyendo hipercalcemia maligna.



53.1. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.2. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.3. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.4. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.5. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.6. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.7. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.8. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

53.9. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- PRIMER o único esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica, en la variable 45 seleccionó la opción 98

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



54. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer, adicional a los reportados en las variables 53.1 a 53.9 - 1 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte: Registre el código ATC del medicamento (no se tiene presente la cobertura del plan de beneficios en salud) del listado usado en este caso (disponible en la página web CAC)

97= No Aplica (No recibió medicamentos diferentes a los enunciados en las variables 53.1 a la 53.9 y en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No Aplica (no tuvo este esquema y en la variable 45 seleccionó la opción 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Verifique que el medicamento no se encuentre en el listado de la variable 53.1 a 53.9**

***Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos**

***Recuerde que, al reportar antineoplásicos en ésta variable, debe revisar que no se repitan en variables 55 y 56**

***No debe capturar el mismo esquema de tratamiento en primer y segundo esquema**

55. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer, adicional a los reportados en las variables 53.1 a 53.9 - 2 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte: Registre el código ATC del medicamento (no se tiene presente la cobertura del plan de beneficios en salud) listado usado en este caso (disponible en la página web CAC).

97= No Aplica (No recibió medicamento diferente a los enunciados en las variables 53.1 a la 53.9 y en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No Aplica (no tuvo este esquema y en la variable 45 seleccionó la opción 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Verifique que el medicamento no se encuentre en el listado de la variable 53.1 a 53.9**

***Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos**

56. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer, adicional a los reportados en las variables 53.1 a 53.9 - 3 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte: Registre el código ATC del medicamento (no se tiene presente la cobertura del plan de beneficios en salud) listado usado en este caso (disponible en la página web CAC).

97= No Aplica (No recibió medicamento diferente a los enunciados en las variables 53.1 a la 53.9 y en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No Aplica (no tuvo este esquema y en la variable 45 seleccionó la opción 98)



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Verifique que el medicamento no se encuentre en el listado de la variable 53.1 a 53.9**

***Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos**

57. ¿Recibió quimioterapia intratecal en el primer o único esquema de este periodo de reporte?:

Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió

98= No Aplica (no tuvo ningún esquema de quimioterapia, en variable 45 seleccionó 98= No aplica)

Aclaraciones

***Si el paciente tiene un cáncer en el que no aplica la quimioterapia intratecal y recibió un tratamiento de quimioterapia o terapia sistémica por favor registre la opción 2=no recibió.**

58. Fecha de finalización del primer o único esquema de este periodo de reporte. Si es hormonoterapia terminada o esquema terminado en este periodo reporte la fecha de finalización del tratamiento actual: Fecha en que terminó la administración del primer o único esquema de quimioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98).

Registre 1800-01-01= para casos de hormonoterapia o de esquema que aún no finalizan.

Registre 1846-01-01=Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

59. Características actuales del primer o único esquema de este periodo de reporte:

1= Finalizado, esquema completo según medicamentos programados

2= Finalizado, esquema incompleto pero finalizado por algún motivo

3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento (ejemplo: hormonoterapia o esquema no finalizado)

98= No Aplica (no tuvo ningún esquema de terapia sistémica y en la variable 45 seleccionó la opción 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte

60. Motivo de la finalización (prematura) de este primer o único esquema (Aplica si registró la opción 2 de la variable anterior). Seleccione un sólo número (lo que primero ocurrió): Registre:

1= Toxicidad de uno o más medicamentos

2= Otros motivos médicos



3= Muerte

4= Cambio de EAPB

5= Decisión del usuario, abandonó la terapia

6= No hay disponibilidad de medicamentos

7= Otros motivos administrativos

8= Otras causas no contempladas

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

61. Ubicación temporal del ÚLTIMO esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte en relación al manejo oncológico: (Si en el periodo recibió únicamente hormonoterapia no reportar nuevamente en esquema final), Registre:

Registre:

1= Neoadyuvancia (manejo inicial prequirúrgico)

2= Tratamiento inicial curativo sin cirugía sugerida (por ejemplo, sería una opción frecuente en caso de leucemias o linfomas, u otros cánceres a quienes no se les hizo cirugía)

3= Adyuvancia (manejo inicial postquirúrgico)

11= Manejo de progresión o recaída

12= Manejo de enfermedad metastásica

13= Cambio por toxicidad

14= Manejo paliativo (sin manejo de recaída ni enfermedad metastásica)

97= Solo recibió un esquema de quimioterapia en este periodo y en la variable 45 seleccionó la opción 1. (verifique que las variables 62 a 73 registren No Aplica)

98= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Para pacientes que recibieron un solo esquema dentro del periodo de reporte y aún no finalizan, por favor registre la opción 97.**

***No debe capturar el mismo esquema de tratamiento de las variables 45 a 61 en las 62 a 73.**

62. Fecha de inicio del último esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte. Si es hormonoterapia reporte la fecha de inicio del tratamiento actual, así haya sido iniciada previo al reporte actual: Fecha en que se inició este esquema de quimioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



63. Número de IPS que suministran el último esquema de este periodo de reporte: Registre el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que suministran el último esquema de quimioterapia

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

64. Código de la IPS1 que suministra el último esquema en este periodo de reporte: Código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS). Para todos los tratamientos orales, se debe consignar el código de habilitación de la IPS que le prescribió el tratamiento, no el código del operador logístico que realiza la entrega.

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

65. Código de la IPS2 que suministra el último esquema en este periodo de reporte: Código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS). Para todos los tratamientos orales, se debe consignar el código de habilitación de la IPS que le prescribió el tratamiento no el código del operador logístico que realiza la entrega.

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66. Cuantos medicamentos antineoplásicos o terapia hormonal, el (los) especialista(s) tratante(s) del cáncer propusieron como manejo en ÚLTIMO esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte: Escriba el número de medicamentos antineoplásicos propuestos en el primer esquema de este periodo. Recuerde descontar el número de medicamento adyuvantes o de premedicación de la terapia que no son antineoplásicos.

98= No Aplica, no recibió segundo esquema o en la 45 marcó opción 98

99= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte

Aclaraciones

***Registrar el número total de medicamentos propuestos (no necesariamente administrados) durante el periodo, por el o los especialistas tratantes.**

***En las variables 66.1 a 66.9 y 67 a 69, registre los ATC sólo de los fármacos administrados en el periodo**

66.1. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

98= No aplica



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.2. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.3. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.4. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.5. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.6. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.7. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.8. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

66.9. Medicamento antineoplásico administrado al usuario- ÚLTIMO esquema del periodo de reporte. Registre el código ATC del medicamento (Incluido o no en el plan de beneficios)

97= Sí recibió quimioterapia, ya registrada en las variables anteriores (en la variable 45 seleccionó la opción 1)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

67. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para cáncer, adicional a los reportados en variables 66.1 a 66.9 -1 administrado al usuario- último esquema: Registre el código ATC del medicamento (no se tiene presente la cobertura del Plan de Beneficios en Salud) listado usado en este caso (disponible en la página web CAC).

97= No Aplica (No recibió medicamento diferente a los enunciados en las variables 66.1 a la 66.9 y en la variable 61 seleccionó una opción <=14)

98= No Aplica (no tuvo este último esquema o en la variable 61 seleccionó la opción 97 ó 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Verifique que el medicamento no se encuentre en el listado de la variable 66.1 a 66.9**

***Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos**



***Recuerde que al reportar antineoplásicos en ésta variable, debe revisar que no se repitan en variables 68 y 69**

68. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para cáncer, adicional a los reportados en variables 66.1 a 66.9 -2 administrado al usuario- último esquema: Registre el código ATC del medicamento (no se tiene presente la cobertura del Plan de Beneficios en Salud) listado usado en este caso (disponible en la página web CAC).

97= No Aplica (No recibió medicamento diferente a los enunciados en las variables 66.1 a la 66.9 en la variable 61 seleccionó una opción ≤ 14)

98= No Aplica (no tuvo este último esquema o en la variable 61 seleccionó la opción 97 ó 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Verifique que el medicamento no se encuentre en el listado de la variable 66.1 a 66.9**

***Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos**

69. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para cáncer, adicional a los reportados en variables 66.1 a 66.9 -3 administrado al usuario- último esquema: Registre el código ATC del medicamento (no se tiene presente la cobertura del Plan de Beneficios en Salud) listado usado en este caso (disponible en la página web CAC).

97= No Aplica (No recibió medicamento diferente a los enunciados en las variables 66.1 a la 66.9 y en la variable 61 seleccionó una opción ≤ 14)

98= No Aplica (no tuvo este último esquema o en la variable 61 seleccionó la opción 97 ó 98)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Verifique que el medicamento no se encuentre en el listado de la variable 66.1 a 66.9**

***Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos**

70. ¿Recibió quimioterapia intratecal en el último esquema de este periodo de reporte?:

Registre:

1= Si recibió

2= No recibió

98= No Aplica (no tuvo ningún esquema de quimioterapia, en variable 45 seleccionó 98= No aplica)

71. Fecha de finalización del último esquema de quimioterapia o terapia sistémica este periodo de reporte. Si es hormonoterapia terminada o esquema terminado en este periodo reporte la fecha de finalización del tratamiento actual: Fecha en que terminó la administración del último



esquema de quimioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1800-01-01= para casos de hormonoterapia o de esquema que aún no finalizan.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

72. Características actuales del último esquema de este periodo:

Registre:

1= Finalizado, esquema completo según medicamentos programados

2= Finalizado, esquema incompleto pero finalizado por algún motivo

3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento (ejemplo: hormonoterapia o esquema no finalizado)

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

73. Motivo de la finalización (prematura) de este último esquema (Aplica si registró la opción 2 de la pregunta anterior) Seleccione un sólo número (lo que primero ocurrió):

Registre:

1= Toxicidad de uno o más medicamentos

2= Otros motivos médicos

3= Muerte

4= Cambio de EPS

5= Decisión del usuario, abandonó la terapia

6= No hay disponibilidad de medicamentos

7= Otros motivos administrativos

8= Otras causas no contempladas

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE CIRUGÍA EN EL PERIODO DE REPORTE ACTUAL

74. ¿Fue sometido el usuario a una o más cirugías curativas o paliativas como parte del manejo del cáncer durante este periodo de reporte?:

Registre:

1= Si fue sometido al menos a una cirugía durante este periodo

2= No recibió cirugía

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

**Aclaraciones**

***Para los casos en que el procedimiento quirúrgico es diagnóstico y terapéutico (ejemplo: tiroidectomía o resección de tumores de piel) reporte el procedimiento en esta variable y registre la misma fecha de la variable 23.**

***Reporte los procedimientos a partir del listado CUPS del archivo operativo y verifique que el objetivo del procedimiento es tratamiento para el manejo del cáncer.**

***Cuando en cánceres hematolinfáticos tengan un procedimiento quirúrgico, verifique minuciosamente que corresponde al manejo del cáncer.**

***No son objeto de reporte la realización de implante de catéter, punción lumbar, biopsias ni cierre de ostomías (colostomía, ileostomía, gastrostomía, nefrostomía, traqueostomía, etc), se aclara, que los procedimientos a reportar, son los indicados específicamente para el manejo del cáncer, y no sus complicaciones.**

***Si durante el mismo tiempo quirúrgico, el paciente recibió varias intervenciones que apliquen para el reporte, se debe seleccionar la más representativa en relación al tipo de cáncer.**

***No aplican cirugías propuestas pero no realizadas (se eliminó opción 3).**

75. Número de cirugías a las que fue sometido el usuario durante el periodo de reporte actual: Registre el número de cirugías a las que el usuario fue sometido durante el periodo de reporte actual, incluya aquellas por complicaciones relacionadas a la cirugía inicial. Valide que se esté reportando la cantidad de cirugías (tiempos quirúrgicos) y no la cantidad de procedimientos CUPS realizados dentro de una o varias cirugías.

98= No Aplica (si respondió 2 en la pregunta anterior)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

76. Fecha de realización de la primera cirugía en este periodo de reporte: Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

77. Código de la IPS que realizó la primera cirugía de este periodo de reporte: Registre el código de habilitación de la IPS (disponible en la página web REPS).

96= Cirugía fuera del país

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

78. Código de primera cirugía en este periodo de reporte: Registre el código de procedimiento CUPS (disponible en la página web CAC se recomienda utilizar el CUPS que tenga mayor relación con el manejo del cáncer o el que mayor complejidad represente dentro de la cirugía).



98= No Aplica (seleccionó la opción 2 en la variable 74)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte

Aclaraciones

***Los procedimientos como fotoféresis, fototerapia, crioterapia y radiofrecuencia, se deben reportar en ésta variable, con el código CUP correspondiente; tener en cuenta en variable 74 y cuantificar en variable 75.**

79. Ubicación temporal de esta primera cirugía en relación al manejo oncológico: Esta cirugía es:

1= Parte del manejo inicial para el cáncer (tratamiento inicial curativo)

5= Manejo de recaída

6= Manejo de enfermedad metastásica.

98= No Aplica (seleccionó la opción 2 en la variable 74).

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

80. Fecha de realización de la última cirugía o cirugía de reintervención en este periodo de reporte: Registre la Fecha de realización de la última cirugía en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

1845-01-01= No Aplica (sólo hubo una intervención en este periodo o no hubo cirugías en este periodo).

1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Valide que no se estén reportando datos del evento quirúrgico denominado como primera cirugía de este periodo.**

81. Motivo de haber realizado la última cirugía de este periodo de reporte: Registre:

1= Complementar tratamiento quirúrgico del cáncer no asociado a complicaciones de la primera cirugía

2= Complicaciones debida a la primera cirugía o siguientes

3= Complicaciones por otras condiciones médicas no relacionadas a la cirugía (por ejemplo, comorbilidad)

5= 1 y 3

6= 2 y 3

98= No Aplica (sólo hubo una intervención en este periodo o no hubo cirugías en este periodo)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



82. Código de la IPS que realiza la última cirugía en este periodo de reporte: Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica (sólo hubo una intervención en este periodo o no hubo cirugías en este periodo)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

83. Código de última cirugía en este periodo de reporte: Registre el código de procedimiento CUPS (disponible en la página web CAC). Se recomienda utilizar el CUPS que tenga mayor relación con el manejo del cáncer o el que mayor complejidad represente dentro de la cirugía).

98= No Aplica (sólo hubo una intervención en este periodo o no hubo cirugías en este periodo)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

84. Ubicación temporal de esta última cirugía en relación al manejo oncológico, en este periodo de reporte:

Esta cirugía es:

1= Parte del manejo inicial para el cáncer (manejo inicial curativo)

5= Manejo de recaída.

6= Manejo de enfermedad metastásica.

98= No Aplica (sólo hubo una intervención en este periodo o seleccionó la opción 2 en la variable 74)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

85. Estado vital al finalizar la única o última cirugía de este periodo de reporte:

Registre:

1= Vivo

2= Fallecido

98= No Aplica (seleccionó la opción 2 en la variable 74)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE RADIOTERAPIA EN EL PERIODO DE REPORTE ACTUAL

86. ¿Recibió el usuario algún tipo de radioterapia en el periodo de reporte actual?:

Registre:

1= Si recibió algún tipo de radioterapia

98= No aplica (verifique que en las variables 87 a 105 se registre no Aplica)



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***No aplica radioterapia propuesta más no suministrada (se eliminó la opción 2)**

87. Número de sesiones de radioterapia recibidas en el periodo. Registre el número de sesiones de radioterapia suministrados durante el periodo de reporte actual (valide que en los soportes exista la cantidad de sesiones ordenadas que serán capturadas en el momento de la auditoria en variable adicional). Registre un valor numérico.

98= No Aplica

555= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte

Aclaraciones

***Registre el número total de sesiones de radioterapia interna o externa, suministradas en el periodo.**

88. Fecha de inicio de primer o único esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual. Reporte la fecha de inicio del tratamiento actual, así haya sido iniciada previo al reporte actual: Registre la fecha en que se inició cualquiera de los tipos de radioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

89. Ubicación temporal del primer o único esquema de cualquier tipo de radioterapia en este periodo de reporte en relación al tratamiento oncológico: Registre para todos los usuarios:

1= Neoadyuvancia (manejo inicial prequirúrgico)

2= Tratamiento inicial curativo sin cirugía sugerida (por ejemplo, solo algunos cánceres que se curan con radioterapia exclusiva)

3= Adyuvancia (manejo inicial postquirúrgico)

11= Manejo de recaída

12= Manejo de enfermedad metastásica

13= Manejo paliativo (sin manejo de recaída ni enfermedad metastásica)

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



90. Tipo de radioterapia aplicada en este primer o único esquema: Registre el código de procedimiento CUPS (archivo operativo CAC)

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

91. Número de IPS que suministran este primer o único esquema de radioterapia: Registre el número de IPS que intervinieron en la administración de la dosis de radioterapia.

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

92. Código de la IPS1 que suministra la radioterapia de este primer o único esquema: Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

96= Radioterapia fuera del país

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

93. Código de la IPS2 que suministra la radioterapia de este primer o único esquema:

Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

94. Fecha de finalización de primer o único esquema de radioterapia: Registre la fecha de finalización de cualquiera de los tipos de radioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= esquema de radioterapia que aún no finalizan.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

95. Características actuales de este primer o único esquema de radioterapia:

Registre:

1= Finalizado, dosis completa de radioterapia prescrita

2= Finalizado, dosis incompleta pero finalizada por algún motivo

3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento



98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

96. Motivo de la finalización de este primer o único esquema de radioterapia (aplica si registró la opción 2 de la pregunta anterior). Seleccione un sólo número (lo que primero ocurrió):

Registre:

1= Toxicidad

2= Otros motivos médicos

3= Muerte

4= Cambio de EPS

5= Decisión del usuario, abandono la terapia.

6= Otros motivos administrativos

7= Otras causas no contempladas

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

97. Fecha de inicio del último esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual: Registre la fecha en que se inició el último esquema, de cualquiera de los tipos de radioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

98. Ubicación temporal/intención del ÚLTIMO esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo actual en relación al tratamiento oncológico:

Registre:

1= Neoadyuvancia (manejo inicial prequirúrgico)

2= Tratamiento inicial curativo sin cirugía sugerida (por ejemplo, Solo algunos cánceres que se curan con radioterapia exclusiva)

3= Adyuvancia (manejo inicial postquirúrgico)

11= Manejo de recaída

12= Manejo de enfermedad metastásica

13= Manejo paliativo (sin manejo de recaída ni enfermedad metastásica)

98= No aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



99. Tipo de radioterapia aplicada en el ÚLTIMO esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual: Registre el código de procedimiento CUPS (archivo operativo CAC)

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

100. Número de IPS que suministran este último esquema de cualquier tipo de radioterapia en el periodo de reporte actual: Registre el número de IPS que intervinieron en la administración de la dosis de radioterapia

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

101. Código de la IPS1 que suministra último esquema de cualquier tipo de radioterapia en el periodo de reporte actual: Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

102. Código de la IPS2 que suministra último esquema de cualquier tipo de radioterapia en el periodo de reporte actual: Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

103. Fecha de finalización del último esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual: Registre la Fecha de finalización de cualquiera de los tipos de radioterapia en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1800-01-01= para esquemas de radioterapia que aún no finalizan

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

104. Características actuales de este último esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual: Registre:

1= Finalizado, dosis completa de radioterapia prescrita

2= Finalizado, dosis incompleta pero finalizada por algún motivo

3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento



98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

105. Motivo de la finalización de este último esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual (aplica si registró la opción 2 de la pregunta anterior). Seleccione un sólo número (lo que primero ocurrió): Registre:

1= Toxicidad

2= Otros motivos médicos

3= Muerte

4= Cambio de EPS

5= Decisión del usuario, abandono la terapia.

6= Otros motivos administrativos

7= Otras causas no contempladas

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS (INCLUYE MÉDULA ÓSEA) EN EL PERIODO DE REPORTE ACTUAL

106. ¿Recibió el usuario trasplante de células progenitoras hematopoyética dentro del periodo de reporte actual?:

Registre:

1= Sí recibió

98= No Aplica (verifique que en las variables 107 a 110 se registra No Aplica)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***No aplica trasplante propuesto pero no realizado (se eliminó la opción 2)**

107. Tipo de trasplante recibido: Registre:

1= Autólogo

2= Alogénico de donante idéntico relacionado

3= Alogénico de donante no idéntico relacionado

4= Alogénico de donante idéntico no relacionado

5= Alogénico de donante no idéntico no relacionado

6= Alogénico de cordón umbilical idéntico familiar

7= Alogénico de cordón umbilical idéntico no familiar

8= Alogénico de cordón no idéntico no familiar

9= Alogénico de dos unidades de cordón

98= No Aplica (respondió 2 o 98 en la pregunta anterior)



55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

108. Ubicación temporal de este trasplante en relación al manejo oncológico: Este trasplante de células progenitoras hematopoyéticas fue:

95= Recaída

96= Refractoriedad

97= Esquema de consolidación

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Recaída: paciente con criterios de remisión, al que nuevamente se le demuestra enfermedad activa.**

***Refractoriedad: paciente sin criterios de remisión a pesar del manejo.**

109. Fecha del trasplante: Fecha de realización del trasplante en el formato AAAA-MM-DD. Registre:

1845-01-01= No Aplica.

1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

110. Código de la IPS que realizó este trasplante: Registre código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

96= Trasplante fuera del país

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN EL PERIODO DE REPORTE ACTUAL

111. El usuario, ¿recibió cirugía reconstructiva en el periodo de reporte actual?: Registre:

1= Sí recibió cirugía

98= No Aplica (No recibió este tipo de cirugía, verifique que en las variables 112 y 113 se registra No Aplica)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



**Aclaraciones**

***En casos en los cuales se realiza cirugía curativa y reconstructiva en el mismo tiempo quirúrgico, no se deben reportar las variables correspondientes a cirugía reconstructiva, solamente se deja el registro en las variables 76 o 80, según el caso.**

***No aplica cirugía reconstructiva propuesta más no realizada (se eliminó la opción 2)**

112. Fecha de la cirugía reconstructiva: Fecha en que se realizó la cirugía en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

113. Código de la IPS que realizó cirugía reconstructiva: Registre código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

114. ¿El usuario fue valorado en consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual? (pueden haber sido múltiples):

Registre:

1= Sí fue valorado

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Reporte la consulta con el profesional que tenga la especialidad de cuidados paliativos.**

***No aplican consultas o procedimientos propuestas, pero no realizadas (se eliminó la opción 3)**

***La atención paliativa aplica para todo tipo de cáncer y en cualquier estadio, no es exclusivo de estadios avanzados.**

114.1. El usuario recibió consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual, por médico especialista en cuidado paliativo:

Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



114.2. El usuario recibió consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual, por profesional de la salud (no médico, incluye psicólogo) especialista en cuidado paliativo:

Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

114.3. El usuario recibió consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual, por médico especialista, otra especialidad: Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

114.4. El usuario recibió consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual, por médico general: Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

114.5. El usuario recibió consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual, por trabajo social: Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

114.6. El usuario recibió consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual, por otro profesional de salud (no médico, incluye psicólogo) no especializado: Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No recibió

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Se elimina la opción 3 (no recibió, aunque fue propuesta) de las variables 114.1 a 114.6.**

115. Fecha de primera consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual: Registre la fecha de primera interconsulta o procedimiento en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.



Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

116. Código de la IPS donde recibe la atención de cuidado paliativo en el periodo de reporte

actual: Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

117. ¿Ha sido valorado el usuario por el servicio de psiquiatría en el periodo de reporte actual?:

Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No, se ordenó, pero está pendiente

98= No aplica, no se ha ordenado valoración por psiquiatría

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

118. Fecha de primera consulta con el servicio de psiquiatría (para todos los usuarios) en el periodo de reporte actual: Fecha de primera interconsulta en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

119. Código de la IPS donde recibió la primera valoración de psiquiatría en el periodo de reporte

actual: Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

120. ¿Fue valorado el usuario por profesional en nutrición en el periodo de reporte actual?:

Registre:

1= Sí fue valorado.

2= No, se ordenó, pero está pendiente

98= No aplica, no se ha ordenado valoración por nutrición

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

121. Fecha de consulta inicial con nutrición en el periodo de reporte actual: Registre la Fecha en que se inició esta atención en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.

Registre 1845-01-01= No Aplica.

Registre 1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

**122. Código de la IPS donde recibió la valoración por nutrición, en el periodo de reporte actual:**

Registre el código de Habilitación de IPS (disponible en la página web REPS).

98= No Aplica

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

123. ¿El usuario recibió soporte nutricional?: Registre:

1=Si recibió soporte nutricional enteral

2= Si recibió soporte nutricional, parenteral

3= Si recibió soporte nutricional enteral y parenteral (opciones:1 y 2)

4= No recibió soporte nutricional

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Vía de nutrición enteral:** técnica de soporte nutricional administrada mediante sonda, directamente al sistema gastrointestinal.

***Vía de nutrición parenteral:** técnica de soporte nutricional administrada por vía venosa.

***No es válido el reporte de fórmulas nutricionales de administración oral**

124. ¿El usuario ha recibido terapias complementarias para su rehabilitación?

1= Si, Terapia física

2= Si, terapia de lenguaje

3= Si, Terapia ocupacional

5= 1 y 2

6= 1 y 3

7= 2 y 3

8= 1, 2 y 3

98= No aplica, no se han ordenado terapias.

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***No aplican terapias propuestas pero no realizadas (se eliminó la opción 4)**

**SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO (A LA FECHA DE CORTE -1º de enero de 2022)****125. Tipo de tratamiento que está recibiendo el usuario a la fecha de corte (el día 01/01/2022):**

Registre:

1= Radioterapia

2= Terapia sistémica (incluye quimioterapia, anticuerpos monoclonales, terapia biológica, terapia hormonal)

3= Cirugía (reporte solo cuando el procedimiento se haya realizado a partir del 1 de noviembre de 2021)

4= 1 y 2

5= 1 y 3

6= 2 y 3

7= Manejo expectante pretratamiento

8= En seguimiento, luego de tratamiento durante el periodo

9= Antecedente de cáncer (no recibió ningún tratamiento, pero tiene como mínimo una consulta de seguimiento relacionada con el cáncer dentro del periodo)

10=1, 2 y 3

11= Manejo de cuidado paliativo o terapia complementaria.

98= No Aplica (paciente se encuentra fallecido, abandonó el tratamiento, alta voluntaria o se encuentra desafiliado)

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

RESULTADO FINAL DE MANEJO ONCOLÓGICO EN ESTE PERIODO DE REPORTE**126. Resultado final del manejo oncológico en este periodo de reporte, luego de ser tratado en este periodo el usuario está en:**

1= Pseudoprogresión (aplica solo para inmunoterapia)

2= Progresión o recaída

3= Respuesta parcial

4= Respuesta completa

5= Enfermedad estable

6= Abandono del tratamiento o alta voluntaria

7= Paciente en seguimiento por antecedente de cáncer

8= Pendiente iniciar el tratamiento luego del diagnóstico (fue definido por especialista o aún esta pendiente por valoración oncológica inicial, en la cual se defina el tratamiento)

97= No aplicable en este periodo, aún bajo tratamiento inicial

98= No aplicable en este periodo, aún bajo tratamiento de recaída

99= No aplica, el paciente se encuentra fallecido, o se encuentra desafiliado

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

**Aclaraciones**

- * **Pseudoprogresión:** aumento o aparición de lesiones por infiltración de células inflamatorias, con posterior disminución o desaparición de éstas, hecho que traduce en realidad la respuesta al tratamiento (aplica sólo para inmunoterapia)
- * **Progresión o recaída:** cuando hay un crecimiento detectado en el tumor mayor o igual al 25%
- * **Remisión (respuesta) parcial:** disminución del tamaño de un tumor medible mayor o igual al 30%.
- * **Remisión (respuesta) completa:** desaparición de toda evidencia clínica de la enfermedad. Esto no siempre traduce curación.
- * **Enfermedad estable:** no remisión parcial ni progresión, es decir, el tumor aumentó menos del 25% y disminuyó menos del 30%. No cumple criterios de remisión parcial (disminución mayor o igual al 30%) ni de progresión (aumento del tamaño del tumor mayor o igual al 25%)
- * Si se reporta el paciente con opción 7=Paciente en seguimiento por antecedente de cáncer, tener en cuenta que como mínimo debe haber tenido una atención en el periodo directamente relacionada con la gestión y seguimiento para el cáncer.

127. Estado vital al finalizar este periodo de reporte:

Registre:

1= Vivo

2= Fallecido

99= Desconocido

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

128. Novedad ADMINISTRATIVA del usuario respecto al reporte anterior:

Registre:

0= no presenta novedad con respecto al reporte anterior (vivo y afiliado a la entidad).

1= usuario ingresó a la EAPB en el periodo de reporte y ya tenía el diagnóstico de cáncer

2= usuario con un nuevo diagnóstico de cáncer entre el 2 de enero de 2021 y el 1 de enero de 2022

3= usuario con diagnóstico antiguo de cáncer que no había sido incluido en el reporte anterior

4= usuario que falleció

5= usuario que se desafilió

6= usuario para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de CAC

7= usuario que firmó alta voluntaria del tratamiento

8= usuario con cambio de tipo o número de ID

9= usuario abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar

10= usuario no incluido en reporte anterior y está fallecido en el momento del reporte actual

11= trasladado de IPS

12= usuario que es notificado con dos o más cánceres en este periodo

13= usuario no incluido en reporte anterior y está desafiliado en el momento del reporte actual

14= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.



15 = Comunidad migrante de la República de Venezuela

16= Usuario con cambio de CIE-10: aplica para casos con cánceres secundarios o no especificados en los que se define el primario o se especifica el tipo de cáncer.

17= Usuario identificado por cruce con fuentes externas, con diagnóstico de cáncer, no confirmado o no gestionado por la EAPB

18= Usuario identificado por cruce con fuentes externas, con diagnóstico descartado por la EAPB

19= Paciente trasladado que fue glosado en periodo anterior, que **no** fue gestionado por la entidad en el periodo actual

Aclaraciones

* Para el reporte de casos que cambian de tipo y número de identificación, se debe reportar el registro dos veces, el primer registro (con la identificación actualizada) con la novedad que corresponda al periodo de reporte y el segundo registro (con la identificación del periodo anterior) con la opción 8= usuario con cambio de tipo o número de ID, lo anterior con el fin de evitar el reporte de omitidos en el proceso de cargue de la información. La CAC una vez recibida la información inactiva en el sistema el registro que fue reportado con la opción 8

* La novedad 19, se creó exclusivamente para los casos con inconsistencia en el periodo anterior quienes fueron trasladados de entidad en el periodo actual y que no hayan sido gestionados por la entidad receptora. Este tipo de pacientes no serán auditados pero sí serán requeridos para el próximo periodo.

* La novedad 6, prima sobre las demás novedades (incluso desafiados y fallecidos), sin embargo, los pacientes con inconsistencia por cáncer diferente al reportado del periodo anterior y los anteriores sin inconsistencia marcados para eliminar, serán objeto de auditoría.

* En pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado, sean nuevos o anteriores, si su estado vital es fallecido, esta novedad prima sobre las demás.

EXCLUSIVAMENTE PARA REQUERIDOS POR FUENTES EXTERNAS

* Se incluye la opción 17 como novedad administrativa, para los usuarios con diagnóstico de cáncer que fueron identificados a través de cruces con fuentes externas, que no tuvieron atenciones durante el periodo de reporte o no cuentan con la gestión y/o soportes suficientes para ser validados; aplica para usuarios activos, desafiados o fallecidos, que sí tengan diagnóstico de cáncer. Estos pacientes no serán objeto de auditoría en 2022 pero sí serán requeridos y auditados como nuevos en 2023.

* Se incluye la opción 18 como novedad administrativa, para los usuarios identificados por cruce de fuentes externas con posible diagnóstico de cáncer, pero que después de la auditoría interna llevada a cabo por la entidad, fue descartado. Este grupo será eliminado de la base de datos.

* Si se trata de pacientes requeridos por fuentes externas, con diagnóstico confirmado y gestión en el periodo, reportar con la novedad que aplique, según su estado vital y de afiliación, se auditarán como casos nuevos.

* Recuerde que las novedades 17 y 18 para los usuarios requeridos después de cruces con fuentes externas, priman sobre las demás novedades.



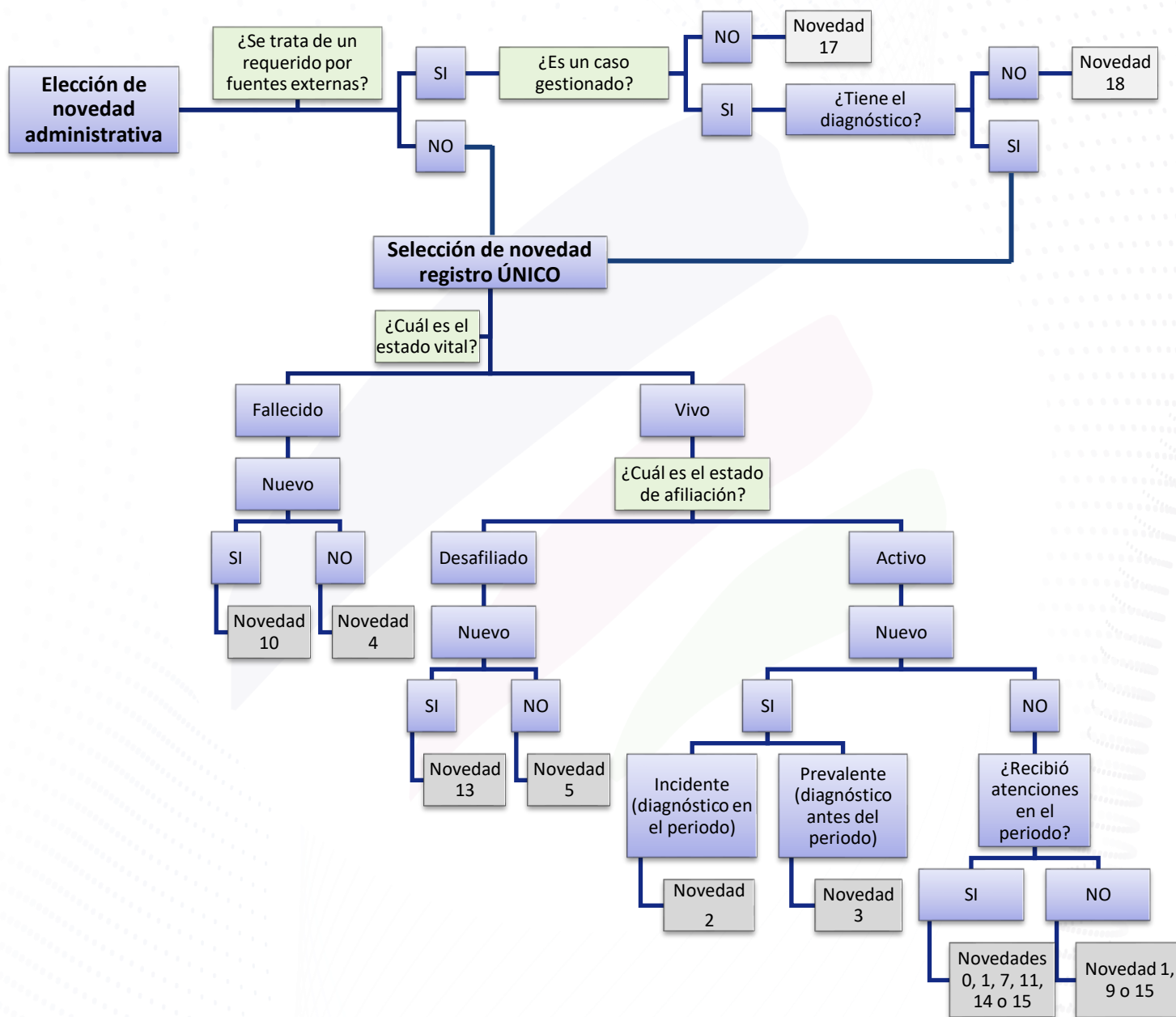


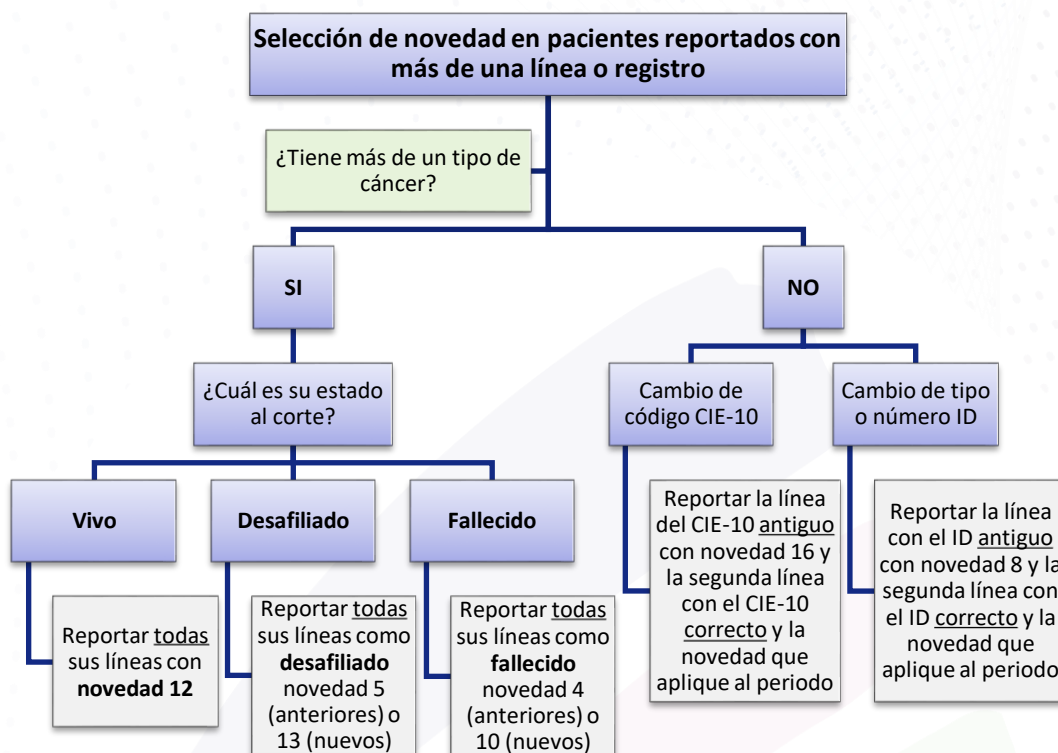
La siguiente tabla, ofrece contextos para los pacientes vivos y activos en la entidad, en cuanto a la elección de las novedades administrativas correctas.

Contexto de paciente vivo y activo	Reporte de las novedades
Paciente vivo y activo a quien se descartó el diagnóstico de cáncer	Reporte la novedad administrativa con la opción 6 en la línea a eliminar. Esta novedad prima sobre todas las demás.
Paciente vivo y activo con dos o más cánceres	Reporte la novedad administrativa con la opción 12 en las líneas (2 o más) que tenga el paciente. Esta novedad prima sobre todas las demás en paciente vivo y activo con diagnóstico confirmado.
Paciente vivo y activo con cambio de tipo y número de ID	Reporte una línea con la novedad administrativa opción 8 y otra línea con los datos actualizados de tipo y número de ID y con la novedad correspondiente al periodo.
Paciente vivo y activo con cambio de CIE-10	Reporte una línea con la novedad administrativa opción 16 y otra línea con el dato actualizado del CIE-10 y la novedad correspondiente al periodo.
Paciente vivo y activo con cambio de CIE-10 y con dos o más cánceres	Reporte la(s) línea(s) a ajustar con el CIE-10 antiguo y la novedad administrativa 16, luego reporte las líneas con el dato del CIE-10 actualizado y la novedad administrativa 12, paciente con dos o más cánceres.
Paciente vivo y activo en abandono y con cambio de tipo y número de ID	Reporte una línea con la novedad administrativa opción 8 y otra línea con los datos actualizados de tipo y número de ID y con la novedad de abandono.
Paciente vivo y activo en abandono y con traslado de EAPB, con diagnóstico antiguo de cáncer	Reporte en una línea con la novedad 9 (abandono).
Paciente vivo y activo con inconsistencia en el periodo anterior y cambio de entidad.	Reporte una línea con novedad 19 (paciente trasladado que fue glosado en periodo anterior, que no fue gestionado por la entidad en el periodo actual)



Las siguientes figuras, permiten guiar en la elección de la novedad administrativa correcta según el tipo de requerido, estado vital y de afiliación del paciente, con registro único o múltiple respectivamente:





129. Novedad clínica del usuario a la fecha de corte:

Registre:

1= Usuario que está en manejo inicial curativo

3= Usuario que finalizó tratamiento inicial y está en seguimiento

8= Abandono de tratamiento

9= Usuario firmó alta voluntaria

10= Usuario en manejo expectante antes de tratamiento

11= Usuario que está en manejo paliativo (incluye manejo de metástasis o de recaída)

12= Usuario fallecido o desafiliado

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***La opción 11, recopila los pacientes con todos los tipos de cáncer, que reciben terapia con intención paliativa a la fecha de corte.**

**130. Fecha de desafiliación de la EAPB:**

Registre la fecha en la que el usuario se desafilió de la EAPB en el formato AAAA-MM-DD

1845-01-01= No Aplica, el usuario no se desafilió

1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

131. Fecha de muerte:

Registre la fecha en la que el usuario falleció en el formato AAAA-MM-DD

1845-01-01=No Aplica, el usuario no falleció o su estado vital no se conoce

1846-01-01= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

Aclaraciones

***Si un paciente se encuentra fallecido y desafiliado, teniendo en cuenta que prima la novedad de fallecimiento, sólo reportar la fecha de muerte en variable 131 y comodín 1845-01-01 en fecha de desafiliación.**

132. Causa de muerte:

Registre:

1= Muerte asociada al cáncer

2= Muerte por patología clínica no relacionada al cáncer

3= Muerte por causa externa

4= Muerte por causa no conocida

98= No Aplica, usuario vivo o se desconoce su estado vital

55= Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.

133. Código único de identificación (BDUA-BDEX-PVS): Registre el código único serial de identificación BDU A- BDEX- PVS asignado al paciente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

134. Fecha de Corte: Diligencie esta variable con la fecha 2022-01-01

Versión N°	Fecha	Observaciones de los ajustes realizados
Versión 01	2021-11-11	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de fechas para el periodo de reporte 2021-01-02 a 2022-01-01 • Se precisan y se incluyen aclaraciones para variables: 17, 25, 27, 29, 31, 36, 37, 38, 40, 45, 49, 53 y 128 • Se agregan dos opciones de respuesta a variable 29 • Se aclaran qué opciones son válidas para la clasificación del riesgo (variable 38) en linfomas Hodgkin y no Hodgkin. • Se agregan opciones de respuesta a variable 51 y 110 para tratamientos suministrados fuera del país



		<ul style="list-style-type: none">• Se realizan aclaraciones sobre validez en el reporte de esteroides, antirresortivos y pegfilgrastim.• Se incluyen contextos para la elección de novedades administrativas en pacientes vivos y activos con la entidad.• Se incluyen flujogramas para la priorización de novedades administrativas, incluyendo novedades para requeridos por fuentes externas.
Versión 02	2022-02-16	<ul style="list-style-type: none">• Se agrega PT “permiso por protección temporal” como tipo de documento válido para el reporte de población migrante venezolana, según la resolución 1178 de 2021.• Se precisa conducta apropiada para el reporte de casos con inconsistencia por diagnóstico en el periodo inmediatamente anterior.• Se aclara qué variables pueden ser modificadas para el siguiente periodo, cuando el diagnóstico se da a partir del 1 de noviembre del periodo en cuestión.• Se incluye aclaración sobre los tipos de histiocitosis objeto de reporte.• Se incluyen aclaraciones a variables 19 y 20.