

ANEXO 01
INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 0247/2014
MEDICION 01 DE ENERO 2020
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	2019-12-11	Versión inicial
02	2020-02-14	Actualización – versión 01
03	2020-05-19	Actualización – versión 02
04	2020-06-25	Actualización – versión 03



INSTRUCTIVO PARA FACILITAR EL REPORTE DE INFORMACIÓN DE CÁNCER DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 0247 DE 2014 MEDICION 01 DE ENERO 2020

Basados en la resolución 0574 de 2020, emitida el 3 de abril del mismo año por el Ministerio de Salud y Protección Social, en respuesta a la situación sanitaria del país, modifica el artículo 7 de la resolución 0247 de 2014, se determinó de forma TRANSITORIA, el aplazamiento para la presentación de la base de datos de Cáncer a la Cuenta de Alto Costo (CAC), para el 5 de julio de 2020 como fecha máxima, correspondiente a la medición con corte a 1 de enero de 2020.

“Artículo 1.

parágrafo transitorio: para el reporte correspondiente a la información con corte del 1 de enero de 2020, el plazo se amplía hasta el 5 de julio 2020”

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 desafiadas a la EAPB (incluidas las de régimen de excepción y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud) del 2 de enero de 2019 al 1° de enero de 2020, al igual que todas aquellas reportadas el año anterior con los datos correspondiente para este reporte.

Por otra parte, 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, pero en las variables de diagnóstico deben registrar un dato válido para la fecha del diagnóstico, es decir, una fecha real y soportada en historia clínica; en las variables de diagnóstico 18 y/o 24 (no pueden usar 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.

De acuerdo con lo anterior, en las variables 19, 20, 23, 24, 26, 30, 32 y 39 relacionadas con fechas al momento de diagnóstico del cáncer para todos estos casos se debe utilizar la opción de respuesta 1800-01-01 y en las variables 21, 22, 25, 27, 28, 29, 31, 33, 38 y 40 se debe utilizar la opción de respuesta 99; los cuales debe seleccionar cuando el dato de la variable sea desconocido y no se encuentre descrito en los soportes clínicos. Se aclara, que ésta opción de respuesta para las variables de diagnóstico será utilizada por una única vez en este periodo de reporte.



Los pacientes con diagnóstico de cáncer que nunca han sido reportados a la CAC y son trasladados de otras EAPB sin información de los datos del diagnóstico, deben ser reportados conforme a la indicación dada en los dos párrafos anteriores y marcar en la variable 128 la novedad administrativa 2, 3, 10 y 13. En el caso de que el paciente tenga dicho contexto y haya fallecido o esté desafiliado, reportar la variable 128 con la novedad 10 o 13.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado por histopatología a partir del 1 de noviembre de 2019 que no alcanzaron a tener la estadificación del tumor, clasificación del riesgo, ni la primera consulta en la que se define el manejo terapéutico, se deben reportar y en las variables 26, 29, 30, 36, 38 y 39 deben usar la opción de respuesta 1800-01-01 y 99 según corresponda para el tipo de cáncer. Adicional, se aclara que la opción de respuesta 93 se eliminó de las variables 29, 36 y 38 y quedó incluido en la opción de respuesta 99.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado por histopatología a partir del 1 de noviembre de 2018 que fueron reportados con la opción de respuesta 93 en las variables 29, 36 y 38 en el periodo 2018-01-02 al 2019-01-01, deben actualizar la información de las variables 29 a la 40 conforme los soportes clínicos de las consultas con los especialistas, no deben notificar a la CAC de dicho ajuste, ya que desde la base de datos después de auditoría 2019-01-01 se tienen identificados y los ajustes que realicen las entidades se mantendrán en la base antes de auditoría 2020-01-01. Adicional, en estos casos no deben modificar datos de las variables 18 a la 28.

También es necesario reportar los pacientes que a la fecha de fallecimiento tienen sospecha de cáncer y posteriormente se confirma el diagnóstico con reporte de inmunohistoquímica o histopatología.

Para los pacientes fallecidos durante o previo al periodo de reporte, 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 con cáncer confirmado que en el periodo 2018-01-01 y 2019-01-01 tuvieron novedad de *cáncer diferente al reportado (diferente agrupador) deben ser reportados con el diagnóstico correcto y serán nuevos para el periodo de reporte 2020-01-01.

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 conforme a la clasificación del archivo operativo CAC, se deben reportar en dos líneas; la primera sin ajuste en la variable 17 y con la novedad 16 en la variable 128; 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, excepto la opción 2; por ejemplo, en el periodo 2019-01-01 un caso reportado con el CIE-10 C919=Leucemia linfocítica, sin otra especificación, pero en los soportes clínicos para el periodo actual, el profesional tratante define el linaje de la leucemia y se trata de C910=Leucemia linfoblástica aguda, por lo cual cambió de agrupador de cánceres no priorizados a cánceres priorizados. Igual situación, es posible que suceda con cáncer de piel Vs melanoma.



En el archivo operativo de CIE-10 se incluyeron los códigos C930 Leucemia monocítica aguda, C940 Eritremia aguda y eritroleucemia, y V942 Leucemia megacarioblastica aguda, en el agrupador CAC-Leucemia mieloide aguda.

Garantizar los soportes clínicos válidos para sustentar la información de todas las variables de reporte previene la calificación de DOND, no obstante, en las siguientes variables 17, 18, 24, 26, 27, 29, 36, 37, 38, 125, 126, 127, 128 deben garantizar un dato real.

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

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

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, 20190505_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 validador 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 en Salud no incluidas en el Plan de Beneficios de Salud durante el periodo de reporte.

El validador estará abierto desde el día 2 de enero de 2020 y hasta las 23:59 horas del 5 de julio de 2020 conforme ajuste transitorio de la Resolución 0574 del 3 de abril del 2020, hora después de la cual, no se podrá cargar la base de datos. El validador se encuentra en la página web de la CAC.

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

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 guión -)

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= Raíz 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 comas. 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 guión -).

*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). Sí 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 identifica 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.



* Pueden encontrarse en las historias clínicas diferentes CIE10 del mismo tumor primario siendo del mismo agrupador CIE10 (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 reportan de manera independiente (cada uno en una fila).

* 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 mencione la información (NIC III - cáncer de cérvix 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 PVH 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 solo comprometen la piel del pezón y la areola deben ser reportados como cáncer de piel (cáncer no priorizado).

* Dentro del Tumor Filoides (philoides) solo son objeto de reporte como cáncer de mama aquellos que tengan descripción histopatológica de alto grado o malignidad, los demás tumores serán considerados lesiones benignas no objeto de reporte.

18. Fecha de diagnóstico del cáncer reportado: Escriba la fecha de diagnóstico en formato AAAA-MM-DD (con guión - 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 los pacientes con diagnóstico histopatológico durante el periodo de reporte deben adjuntar el reporte de histopatológico para sustentar dichas variables.

*Cuando el diagnóstico fue histopatológico y no tiene la fecha del reporte de patología registre la primera consulta de médico en la que se evidencia y/o se registra en historia clínica el reporte de malignidad.

*Cuando el diagnóstico del cáncer fue clínico registre la fecha de la primera consulta en la que se evidencia al análisis del especialista basado en reportes imagenológicos o de laboratorio.



***Para los casos en que se realiza un diagnóstico clínico y en ésta misma fecha se indica tratamiento específico, sin contar con confirmación histopatológica, esta fecha es la que corresponde a variables 18 y 26, siendo el mismo dato, por tanto, cuando se tenga la confirmación por patología, se registra ésta fecha en la variable 24, la cual podría ser 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 histopatología 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, 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 guión - 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

***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 del reporte del estudio de tamizaje o la fecha de la consulta donde se sospecha la enfermedad maligna, 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.**

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 de esta variable se eliminan para el presente reporte y quedan incluidas en la opción 10. Este ajuste solo aplica en pacientes nuevos para el reporte.**

***Registre el estudio de mayor importancia para definir el diagnóstico.**

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 procesa 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 los casos con diagnóstico histopatológico la IPS que procesa la patología debe contar con el servicio habilitado.

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 2019 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= Rabdomiosarcoma, con o sin otra especificación
- 12= Leiomiosarcoma, 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= Pancreatoblastoma, con o sin otra especificación
- 19= Blastoma pleuropulmonar, con o sin otra especificación
- 20= Otros tipos histológicos no mencionados
- 21= Célula pequeña (cáncer de pulmón)
- 22= Célula no pequeña (cáncer de pulmón)
- 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)**

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

Aclaraciones

***Recuerde que la puntuación de la escala de Nottingham da un resultado en grado 1, 2 ó 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 descrita en los soportes. Por ejemplo, cáncer de mama invasivo, diagnosticado en el periodo (incidente), con opción 99 en variable 28, será considerado como dato no gestionado.**

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

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

CÁNCER DE PULMÓN

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

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 (ver documento de apoyo Escalas por Tipo de Cáncer, disponible en la página web CAC):**

***Se incluye la opción 26 para cáncer de pulmón 8ª edición.**

***Se incluye la opción 14 y 19 para cáncer anal 8ª edición.**

***Se incluyen opciones 19, 27, 28 y 30 para cáncer de cérvix**

***Se incluye la opción 29 para melanoma**

***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 2019 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.**

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 2019 y que no alcanzaron a tener la consulta en donde se estadifica 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.**

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 Pediátrico (Murphy), linfoma No Hodgkin Adulto y linfoma Hodgkin adulto/pediátrico (Ann Arbor o Lugano): Registre:

1= Estado (etapa) I

2= Estado (etapa) II

3= Estado (etapa) III

4= Estado (etapa) IV

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

***En los casos que los soportes clínicos describen la clasificación Ann Arbor con número y letra, sólo registre el número del estado.**

***Para los usuarios con diagnóstico de cáncer a partir del 1 de noviembre de 2019 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 número de la sumatoria de la clasificación histológica de Gleason entre 2 y 10. En los casos que las puntuaciones de ambos lóbulos sean diferentes, registre el puntaje de mayor valor numérico.

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.

38. Clasificación de riesgo leucemias o linfomas (para toda la población), (ver documento de apoyo Clasificación de Riesgo por tipo de cáncer, disponible en la página web CAC) Registre:

1= Estándar, bajo, o favorable

2= Bajo intermedio

3= Intermedio

4= Alto intermedio

5= Alto o desfavorable

6= Favorable temprano

7= Desfavorable temprano

8= Favorable avanzado

9= Desfavorable avanzado

10= R1

11= R2

12= R3

13= R4

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= Otro no definido

98= No Aplica (no es leucemia o linfoma)

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

Aclaraciones

***Para los usuarios con diagnóstico de cáncer a partir del 1 de noviembre de 2019 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.**

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 o marcó en la variable 38 la opción 93)

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 2019 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.

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. ej: mama, piel (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.**

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 terapia sistémica (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia o anticuerpos monoclonales, terapia biológica) dentro del periodo de reporte actual?

Registre:

1= Sí recibió terapia sistémica

2= No recibió terapia sistémica, aunque fue propuesto dentro del plan de terapéutico.

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 (Nunca fue propuesta la terapia sistémica dentro del plan de terapéutico en el periodo de reporte, verifique que en las variables 46 a 73 se registra No Aplica)

Aclaraciones



SC-CER654070



***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.**

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 2 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.

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 linfocítica 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 linfocítica o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico)

46.2. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Inducción (aplica solo para leucemia linfocítica 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 linfocítica o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico)

46.3. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Intensificación (aplica solo para leucemia linfocítica 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 linfocítica o mieloide aguda ni linfoma linfoblástico)



46.4. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Consolidación (aplica solo para leucemia linfocítica o mielocítica 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 linfocítica o mielocítica aguda ni linfoma linfoblástico)

46.5. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Reinducción (aplica solo para leucemia linfocítica 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 linfocítica aguda ni linfoma linfoblástico)

46.6. El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada Mantenimiento (aplica solo para leucemia linfocítica o mielocítica 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 linfocítica o mielocítica 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 linfocítica o mielocítica 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 linfocítica o mielocítica 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 linfocítica o mielocítica 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 linfocítica o mielocítica 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 2 o 98)

Aclaraciones

***Ciclos:** el número de administraciones del esquema o protocolo conforme 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 conforme la historia clínica.**

***Para los cánceres hematolinfáticos registrar conforme está 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 intramuscular se cuenta el número de aplicaciones del periodo.**

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)

4= Manejo paliativo inicial

5= Manejo curativo de primera recaída

6= Manejo paliativo de primera recaída

7= Manejo curativo de segunda recaída

8= Manejo paliativo de segunda recaída

9= Manejo curativo de tercera recaída o posterior

10= Manejo paliativo de tercera recaída o posterior

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 conforme 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 2 a 5 años, si éste comenzó posterior a cirugía, la opción de respuesta es adyuvancia.**

***Recuerde que hace referencia a la intención del manejo propuesto por el especialista, independiente de si lo alcanzó o no a recibir en el periodo**

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 2 ó 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.

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 2 y 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.

98= No Aplica (en la variable 45 seleccionó la opción 2 ó 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 con el archivo operativo.**

***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.**

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

***Los medicamentos de las variables 53.29 a 53.32 se contabilizan únicamente en esquemas de tratamiento para cáncer hematolinfáticos.**

53.1. En este primer o único esquema el usuario recibió Bleomicina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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. En este primer o único esquema el usuario recibió Busulfano: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.



53.3. En este primer o único esquema el usuario recibió Capecitabina: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.4. En este primer o único esquema el usuario recibió Carboplatino: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.5. En este primer o único esquema el usuario recibió Ciclofosfamida: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.6. En este primer o único esquema el usuario recibió Ciclosporina: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.7. En este primer o único esquema el usuario recibió Cisplatino: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.8. En este primer o único esquema el usuario recibió Citarabina: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico



98= No Aplica (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.

53.9. En este primer o único esquema el usuario recibió Clorambucilo: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.10. En este primer o único esquema el usuario recibió Dacarbazina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.11. En este primer o único esquema el usuario recibió Doxorubicina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.12. En este primer o único esquema el usuario recibió Etopósido: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.13. En este primer o único esquema el usuario recibió Fluorouracilo: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.



53.14. En este primer o único esquema el usuario recibió Gemcitabina: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.15. En este primer o único esquema el usuario recibió Imatinib: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.16. En este primer o único esquema el usuario recibió Interferón Alfa Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.17. En este primer o único esquema el usuario recibió Melfalan: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.18. En este primer o único esquema el usuario recibió Mercaptopurina: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
- 98= No Aplica (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.

53.19. En este primer o único esquema el usuario recibió Metotrexato: Registre:

- 1= Sí recibió
- 2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico



3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
98= No Aplica (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.

53.20. En este primer o único esquema el usuario recibió Paclitaxel: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
98= No Aplica (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.

53.21. En este primer o único esquema el usuario recibió Pegfilgrastim: (no se contabiliza como antineoplásico en la variable 53 y es un principio activo diferente al filgrastim). Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
98= No Aplica (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.

Aclaraciones

***No contabilizar en la variable 53**

53.22. En este primer o único esquema el usuario recibió Procarbazina: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
98= No Aplica (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.

53.23. En este primer o único esquema el usuario recibió Rituximab: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
98= No Aplica (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.

53.24. En este primer o único esquema el usuario recibió Tamoxifeno: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico



3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.25. En este primer o único esquema el usuario recibió Tioguanina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.26. En este primer o único esquema el usuario recibió Trastuzumab: (Trastuzumab es un principio activo diferente al Trastuzumab Emtansine; este último lo debe reportar en las variables 54, 55 ó 56)

Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.27. En este primer o único esquema el usuario recibió Vinblastina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.28. En este primer o único esquema el usuario recibió Vincristina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.29. En este primer o único esquema el usuario recibió Prednisona (- En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico en la variable 53) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico



3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.30. En este primer o único esquema el usuario recibió Prednisolona (En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico en la variable 53) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.31. En este primer o único esquema el usuario recibió Metilprednisolona (En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico en la variable 53) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

53.32. En este primer o único esquema el usuario recibió Dexametasona (En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

98= No Aplica (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.

Aclaraciones

***En caso de tumores sólidos, si sólo recibió en el periodo prednisona, prednisolona, metilprednisolona o dexametasona, sin estar asociado a un antineoplásico, no debe ser cuantificado en variable 53, ni reportado en variables 53.29 a 53.32.**

54. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer no enunciado en las variables 53.1 a 53.32 - 1 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte: Registre el código CUM 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 diferente a los enunciados en las variables 53.1 a la 53.32 y en la variable 45 seleccionó la opción 1 ó 2)

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 53.32
- *Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos
- *Recuerde que al reportar antineoplásicos en ésta variable, debe revisar que no se repitan en variables 55 y 56

55. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer, pero no enunciado en las variables 53.1 a 53.32 - 2 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte: Registre el código CUM 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 53.32 y en la variable 45 seleccionó la opción 1 ó 2)

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 53.32
- *Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos

56. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer, pero no enunciado en las variables 53.1 a 53.32 - 3 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte: Registre el código CUM del medicamento 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 53.32 y en la variable 45 seleccionó la opción 1 ó 2)

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 53.32
- *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)

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 2 ó 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 2 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

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

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:

- 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)
- 4= Manejo paliativo inicial
- 5= Manejo curativo de última recaída
- 6= Manejo paliativo de última recaída
- 7= Manejo curativo de segunda recaída
- 8= Manejo paliativo de segunda recaída
- 9= Manejo curativo de tercera recaída o posterior
- 10= Manejo paliativo de tercera recaída o posterior.
- 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 ó 2)
- 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. Cuántos medicamentos antineoplásicos o terapia hormonal para el cáncer, el (los) especialista(s) tratante(s) del cáncer propusieron como manejo en este último esquema de este periodo de reporte: Escriba el número de medicamentos antineoplásicos propuestos en este último esquema del periodo de reporte actual. Recuerde descontar el número de medicamento adyuvantes o de premedicación de la terapia que no son antineoplásicos.

98= No Aplica (no tuvo este esquema de quimioterapia o terapia sistémica)

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

***Los medicamentos de las variables 66.29 a 66.32 se contabilizan únicamente en esquemas de tratamiento para cáncer hematolinfáticos.**

66.1. En este último esquema el usuario recibió Bleomicina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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. En este último esquema el usuario recibió Busulfano: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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. En este último esquema el usuario recibió Capecitabina: Registre:

1= Sí recibió



2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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. En este último esquema el usuario recibió Carboplatino: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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. En este último esquema el usuario recibió Ciclofosfamida: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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. En este último esquema el usuario recibió Ciclosporina: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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. En este último esquema el usuario recibió Cisplatino: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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. En este último esquema el usuario recibió Citarabina: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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. En este último esquema el usuario recibió Clorambucilo: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.10. En este último esquema el usuario recibió Dacarbazina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.11. En este último esquema el usuario recibió Doxorubicina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.12. En este último esquema el usuario recibió Etopósido: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.13. En este último esquema el usuario recibió Fluorouracilo: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.14. En este último esquema el usuario recibió Gemcitabina: Registre:



1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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.

66.15. En este último esquema el usuario recibió Imatinib: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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.

66.16. En este último esquema el usuario recibió Interferón Alfa: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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.

66.17. En este último esquema el usuario recibió Melfalan: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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.

66.18. En este último esquema el usuario recibió Mercaptopurina:

Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico
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.

66.19. En este último esquema el usuario recibió Metotrexato: Registre:

1= Sí recibió
2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico
3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico



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.

66.20. En este último esquema el usuario recibió Paclitaxel: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.21. En este último esquema el usuario recibió Pegfilgrastim (no se reporta como antineoplásico en la variable 66, es un principio activo diferente al Filgrastim): Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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

***No contabilizar en la variable 66**

66.22. En este último esquema el usuario recibió Procarbazona Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.23. En este último esquema el usuario recibió Rituximab: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.24. En este último esquema el usuario recibió Tamoxifeno: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico



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.

66.25. En este último esquema el usuario recibió Tioguanina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.26. En este último esquema el usuario recibió Trastuzumab: (Trastuzumab es un principio activo diferente al Trastuzumab Emtansine; este último lo debe reportar en las variables 67, 68 ó 69).

Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.27. En este último esquema el usuario recibió Vinblastina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.28. En este último esquema el usuario recibió Vincristina: Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.29. En este último esquema el usuario recibió Prednisona (- En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.30. En este último esquema el usuario recibió Prednisolona (- En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.31. En este último esquema el usuario recibió Metilprednisolona (- En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico) Registre:

Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

66.32. En este último esquema el usuario recibió Dexametasona (- En uso intratecal o manejo exclusivo de hematolinfáticos contabilizar como antineoplásico) Registre:

1= Sí recibió

2= No recibió, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, Aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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

***En caso de tumores sólidos, si sólo recibió en el periodo prednisona, prednisolona, metilprednisolona o dexametasona, sin estar asociado a un antineoplásico, no debe ser cuantificado en variable 66, ni reportado en variables 66.29 a 66.32.**

67. Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para cáncer, pero no enunciado en variables 66.1 a 66.32 -1 administrado al usuario- último esquema: Registre el código CUM 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 66.32 y en la variable 61 seleccionó una opción <=10)

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 66.32
- *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 u terapia hormonal para cáncer, pero no enunciado en variables 66.1 a 66.32 -2 administrado al usuario- último esquema: Registre el código CUM 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 66.32 y en la variable 61 seleccionó una opción <=10)

98= No Aplica (no tuvo este 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 66.32
- *Reporte únicamente medicamentos antineoplásicos

69. Medicamento Antineoplásico, pero no enunciado en variables 66.1 a 66.32 - 3 administrado al usuario- último esquema: Registre el código CUM del medicamento (no se tiene presente la cobertura del Plan 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 66.32 y en la variable 61 seleccionó una opción <=10)

98= No Aplica (no tuvo este 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 66.32
- *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)



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.**

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 (no tuvo ningún esquema de quimioterapia)

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

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



SC-CER654070



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 durante este periodo y no fue propuesta dentro del plan terapéutico.
- 3= No recibió cirugía durante este periodo, aunque fue propuesta dentro del plan terapéutico.
- 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 conforme el listado CUPS del archivo operativo.**

***No se reporta realización 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 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.**

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 o 3 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).

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

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

2= Parte del manejo de primera recaída

3= Parte del manejo de segunda recaída

4= Parte del manejo de tercera recaída o adicional

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.

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.

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

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

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.

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
- 2= Parte del manejo de primera recaída
- 3= Parte del manejo de segunda recaída
- 4= Parte del manejo de tercera recaída o adicional

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.

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

Registre:

- 1= Vivo
- 2= Fallece

98= No Aplica (No 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.

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
- 2= No recibió, aunque fue propuesta dentro del plan terapéutico.



98= No Aplica - No fue propuesta dentro del plan terapéutico. (verifique que en las variables 87 a 105 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.

87. Número de sesiones de radioterapia externa suministrados en el periodo de reporte actual:

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 auditoría en variable adicional). Recuerde sumar únicamente las sesiones de radioterapia externa.

0= si las sesiones suministradas son de otro tipo diferente a la radioterapia externa.

97= cuando no se recibieron sesiones de radioterapia, aunque fueron propuestas en el plan terapéutico.

98= No Aplica (No fue propuesta dentro del plan terapéutico)

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.

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)

4= Manejo paliativo inicial

5= Manejo curativo de primera recaída

6= Manejo paliativo de primera recaída

7= Manejo curativo de segunda recaída

8= Manejo paliativo de segunda recaída

9= Manejo curativo de tercera recaída o posterior

10= Manejo paliativo de tercera recaída o posterior

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:

1= Externa para tratar

2= Interna para tratar (incluye, braquiterapia, Yodo radiactivo)

3= Profiláctica (por ejemplo, a sistema nervioso central)

4= 1 y 2

5= 1 y 3

6= 2 y 3

7= 1, 2 y 3

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

***Radioterapia externa:** Tipo de radioterapia para la que usa una máquina que envía rayos de alta energía hacia el cáncer desde el exterior del cuerpo.

***Radioterapia interna:** Tipo de radioterapia para la que se coloca un material radiactivo sellado en agujas, semillas, alambres o catéteres directamente en el tumor o cerca de este.

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 administrada

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

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 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)
- 4= Manejo paliativo inicial
- 5= Manejo curativo de primera recaída
- 6= Manejo paliativo de primera recaída
- 7= Manejo curativo de segunda recaída
- 8= Manejo paliativo de segunda recaída
- 9= Manejo curativo de tercera recaída o posterior
- 10= Manejo paliativo de tercera recaída o posterior
- 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:

- 1= Externa para tratar
- 2= Interna para tratar (incluye, braquiterapia, Yodo radiactivo)
- 3= Profiláctica (por ejemplo, a sistema nervioso central)
- 4= 1 y 2
- 5= 1 y 3
- 6= 2 y 3
- 7= 1, 2 y 3
- 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

***Radioterapia externa:** Tipo de radioterapia para la que usa una máquina que envía rayos de alta energía hacia el cáncer desde el exterior del cuerpo.

***Radioterapia interna:** Tipo de radioterapia para la que se coloca un material radiactivo sellado en agujas, semillas, alambres o catéteres directamente en el tumor o cerca de este.

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 administrada

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

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

2= No recibió, aunque fue propuesta dentro del plan terapéutico.

98= No Aplica (No fue propuesto dentro del plan terapéutico 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.

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:

1= Parte del manejo inicial curativo

2= Parte del manejo de primera recaída

3= Parte del manejo de segunda recaída o posterior

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.

109. Fecha del trasplante: Fecha de realización del trasplante 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.

110. Código de la IPS que realizó este trasplante: 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.

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

2= No recibió cirugía, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico.

98= No Aplica (No fue propuesto 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.**

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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.**



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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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, no fue propuesto dentro del plan terapéutico

3= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

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 recibió la primera valoración 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.

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

1= Si, Terapia física

2= Si, terapia de lenguaje

3= Si, Terapia ocupacional

4= No recibió, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico

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.

SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO (A LA FECHA DE CORTE -1º de enero de 2020)

125. Tipo de tratamiento que está recibiendo el usuario a la fecha de corte (el día 01/01/2020):



SC-CER654070



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 2019)

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

3= Remisión (respuesta) parcial

4= Remisión (respuesta) completa

5= Sin cambios (cáncer estable)

6= Abandono del tratamiento o alta voluntaria

7= Paciente en seguimiento por antecedente de cáncer

8= Pendiente iniciar el tratamiento luego del diagnóstico (pudo haber sido definido por especialista, o estar pendiente por valoración oncológica inicial, que 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 solo para inmunoterapia)**



- * **Progresión:** cuando hay un crecimiento detectado en el tumor mayor o igual al 25% conforme soportes clínicos.
- * **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 conforme soportes clínicos. 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%)*

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 2019 y el 1 de enero de 2020

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 gestionado por la EAPB

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



Aclaraciones

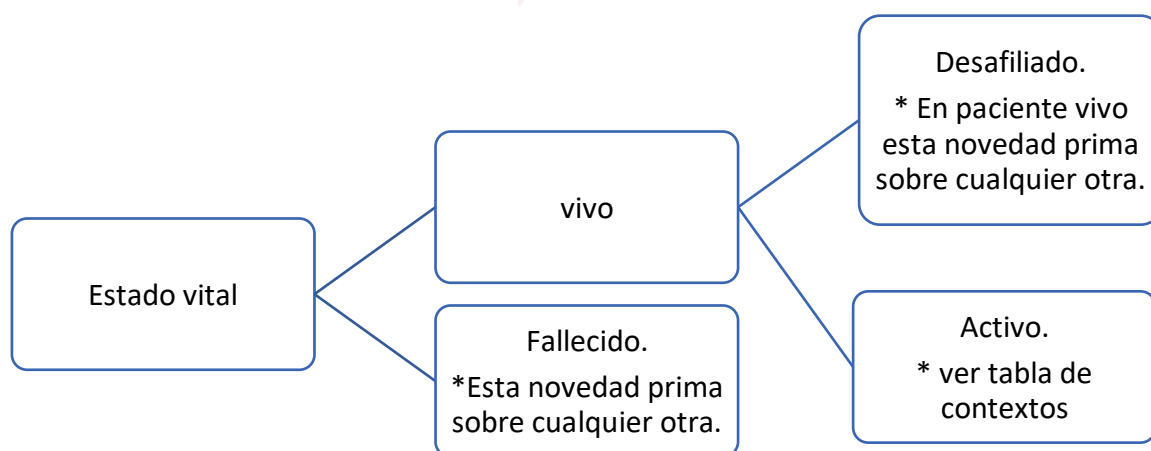
* **Recuerde:** Para el reporte de casos que cambian de tipo y número de identificación, se debe reportar el registro dos veces, el primer registro (con la identificación actualizada) con la novedad que corresponda al periodo de reporte y el segundo registro (con la identificación del periodo anterior) 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 inactivara en el sistema el registro que fue reportado con la opción 8

* 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; aplica para usuarios activos, desafiliados o fallecidos, que si tengan diagnóstico de cáncer.

* 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. Éste grupo será eliminado de la base de datos.

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

Decisiones para el reporte de la novedad administrativa, a excepción de casos requeridos provenientes de cruces con fuentes externas:



Contexto de paciente vivo y activo	Reporte de las novedades
Paciente vivo y activo con dos o más cánceres	Reporte la novedad administrativa con la opción 12 en las líneas que tenga el paciente. *Esta novedad prima sobre todas las demás en paciente vivo y activo
Paciente vivo y activo con cambio de tipo y número de ID	Reporte una línea con la novedad administrativa opción 6 y otra línea con los datos actualizados de tipo y número de ID y con la novedad administrativa del 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 administrativa del periodo.
Paciente vivo y activo con cambio de CIE-10 y con dos o más cánceres	Reporte las líneas del cáncer que va cambiar el CIE-10 con la novedad administrativa opción 16, luego reporte las líneas con el dato del CIE-10 actualizado y la novedad administrativa opción 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 6 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).

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

Registre:

- 1= Usuario que está en manejo inicial curativo
- 2= Usuario que está en manejo inicial paliativo
- 3= Usuario que finalizó tratamiento inicial y está en seguimiento luego de remisión
- 4= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito curativo
- 5= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito paliativo
- 6= Usuario que finalizó tratamiento recaída y está en seguimiento luego de remisión
- 7= Otra
- 8= Abandono de tratamiento
- 9= Usuario firmó alta voluntaria
- 10= Usuario en manejo expectante antes de tratamiento



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.

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.

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- BDEX- PVS asignado al paciente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

134. Fecha de Corte: Diligencie esta variable con la fecha 2020-01-01

Versión N°	Fecha	Observaciones de los ajustes realizados
Versión inicial	2019-12-11	Cambios de fechas para el periodo de reporte 02/01/2019 al 01/01/2020 Aclaración para pacientes nuevos para el reporte que no tienen datos de fechas, estadificación del tumor ni clasificación del riesgo en el momento del diagnóstico En las variables 19, 20, 23, 24, 26, 30, 32, 39 y 43 relacionadas con fechas al momento de diagnóstico del cáncer se ajusta la definición del comodín 1800-01-01. En las variables 21,22, 25, 27, 28, 29, 31,33, 38, 40 y 42 se ajusta la definición del comodín 99



		Aclaración como reportar los pacientes que tiene diagnóstico a partir del 1 de noviembre de 2019 y no tienen los datos completos del momento del diagnóstico. Aclaración de los pacientes requeridos con datos de comodín 93 deben actualizar los datos. Aclaración sobre la población objeto de reporte en pacientes que se confirma el diagnóstico de cáncer posterior a su fallecimiento. Aclaración reportar la información de la última atención de los pacientes fallecidos durante o previo al periodo de reporte. Aclaración los pacientes con novedad de cáncer diferente al reportado deben ser reportados con el diagnóstico correcto. Aclaración de actualización del CIE 10 específico que genera cambio de agrupador de cáncer. Variable 17: se aclara el reporte de cáncer de cérvix NIC III. Se realiza aclaración del reporte y/o soportes válidos para las variables 19, 20, 23, 24, 25, 74, 125, 126. Variable 21: se eliminan las opciones de respuesta 1 a 4, unificándolas en la opción 10= Patología básica, y se incluye nueva la opción 9= Genética Variable 22: se incluye opción de respuesta, 6= Clínica por reporte de imágenes o laboratorios. Variable 25: se elimina la opción 98 y se aclara el reporte de la IPS donde se realiza el de diagnóstico clínico. Variable 29: se incluye nueva opción de respuesta 26= estadio IA3 edición 8ª para cáncer de pulmón. También, se incluye la opción 14 y 19 edición 8ª para cáncer anal. Variable 29, 36 y 38: se elimina la opción de respuesta 93= Sin información de estadificación en historia clínica debido a que el paciente fue diagnosticado después del 2019-11-01.
--	--	---



		Variable 37: se incluye opción de respuesta 97= Es cáncer de próstata, pero no hay información acerca de esta estatificación porque el diagnóstico fue clínico. Variabes 46.1 a 46.8: Se elimina la opción de respuesta “desconocido” Variable 87: Se incluye opción de respuesta 97=cuando no se recibieron sesiones de radioterapia, aunque fueron propuestas en el plan terapéutico. También se reemplaza la opción 55 por 555. Variabes 114 a 114.6, 117, 120, 123, 124: Se modifica la redacción en las opciones de respuesta. Se incluyen tablas de aclaraciones para las variables.
Actualización – versión 01	2020-02-14	Se describen aclaraciones específicas relacionadas con la actualización de las variables de la 29 a la 40 en pacientes con diagnóstico entre el 1 de noviembre de 2018 y el 1 de enero de 2019. Se describen aclaraciones acerca del reporte de dos o más cánceres primarios. Variable 20: se elimina la observación “si no hay remisión e interconsulta registre la fecha de la primera consulta relacionada al cáncer en la institución que realizó el diagnóstico”. Adicional, se incluye aclaración para datos válidos en esta variable. Variable 37: se aclara opción de respuesta 99 Variable 127: se incluye opción de respuesta 99 Variable 128: se incluye opción de respuesta 16
Actualización – versión 02	2020-05-19	Ajustes en fechas de cargue, según la resolución 0574 de 2020 Se incluyen aclaraciones en variables 18, 27, 28, 42, 48, 53.1 a 53.32, 54, 66.1 a 66.32, 67, 74, 78, 126 y 128 Variable 29: Se incluyen opciones de respuesta 27, 28 y 29 Variable 41: Se realizan aclaraciones en opción de respuesta 1



		Variable 92: Se incluye opción 96 (radioterapia fuera del país) Variable 125: se actualiza el año 2020 Variable 126: ajustes en las definiciones y se incluye opción de respuesta 8
Actualización – versión 03	2020-06-25	Variable 29: Se incluye la opción de respuesta 30 Variable 128: Se incluyen las opciones de respuesta 17 y 18, con sus aclaraciones respectivas

