

Lineamientos técnicos para el funcionamiento del Registro de Cáncer Hospitalario



**Lineamientos técnicos para
el funcionamiento del
Registro de Cáncer Hospitalario**

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar - Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos, Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Óscar Robles Ticas, Viceministro de Servicios de Salud

Equipo técnico

Dra. Andrea Chacón - Coordinadora de la Unidad para la Prevención y Control del Cáncer.

Dra. Reina Hernández Santamaría - DVS /Unidad de Estadística.

Dr. Carlos Torres - Dirección de Regulación.

Ing. Mauricio Rosales - Dirección de Tecnología de la Información y Comunicaciones.

Comité consultivo

Dra. Patricia Alberto / Dra. Aurora Velásquez / Dr. Leandro Jeovany Rodríguez Marinero / Dra. Nancy Carolina Ruiz de Guerrero / Dra. Elena Carolina Colorado de Linares / Dra. Lisseth Ruíz de Campos / Ing. Claudia Verónica Portillo / Dra. Soad Alabi de Aparicio / Dr. Carlos Mena / Dra. Ana Polanco / Dr. Carlos Reyes Silva / Dra. Mercedes Menjivar / Dr. Paul Espinoza Madrid / Licda.Claudia Maida Gonzalez / Licda.Ingrid Beatrice Renderos. / Dra. Jeny Brenda Nolasco / Licda. Mariana A. Pineda / Dra.Elizabeth Soriano de Cuellar / Lic.Carlos E. Palacios /Ing. Margarita Tomasino / Dr. Mario Morales / Dr. Guido Larrave / Dra. Karla Polio / Dr. Pablo Escobar / Dra. Maritza Carcache de Manzano / Ing. Luis Murga / Licda. Gloria Nohemi Cruz Contreras - Foro Nacional de Salud

Concepto editorial

Edwin López Morán

Diagramación

Brenda Aguilar Manzano

Monica Velis Montoya

Edwin López Morán

Impresión

Ministerio de Salud

015 Ministerio de Salud

Calle Manuel José Arce, n.o 827

San Salvador, El Salvador, América Central

Teléfono: (+503) 2591 70 00

Sitio electrónico: <http://www.salud.gob.sv>

**Lineamientos técnicos para
el funcionamiento del
Registro de Cáncer Hospitalario**

Índice

1. Introducción.....	9
2. Base legal.....	10
3. Objetivos.....	11
4. Procesos del Registro de Cáncer Hospitalario.....	12
5. Lineamientos para los procesos de recolección procesamiento análisis y emisión del informe	13
6. Estructura Funcional del Registro de cáncer Hospitalario.....	16
7. Fuentes de información.....	20
8. Definición de caso de cáncer:.....	20
9. Variables del Registro de Cáncer Hospitalario.....	22
10. Indicadores.....	30
11. Conceptos generales y lineamientos sobre confidencialidad.....	32
12. Disposiciones finales	34
13. Vigencia	35
14. Bibliografía.....	36
Anexos	37

1. Introducción

En el marco de la Reforma de Salud, Ministerio de Salud (MINSAL), en la tematica de cáncer esta implementando actividades de promoción, educación, prevención y atención, en los diferentes niveles de atención a la población, especialmente en las áreas de salud donde se encuentran los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos), que permiten a la población un mayor acercamiento de los servicios de salud, que favorece la detección temprana de los diferentes tipos de cáncer, así como su detección y tratamiento oportuno a través del sistema de referencia y retorno, contribuyendo a disminuir la incidencia y la morbimortalidad por dichas patologías.

Según la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), el cáncer es una de las principales causas de mortalidad. En el año 2012 causó 1,3 millones de muertes, 47% de las cuales ocurrieron en América Latina y el Caribe.

Se espera que la mortalidad por cáncer en el continente americano aumente hasta 2,1 millones en el 2030.

Alrededor de un tercio de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave como el consumo tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física.

Los programas de tamizaje y vacunación representan intervenciones efectivas para reducir la carga de determinados tipos de cáncer.

Muchos cánceres tienen una probabilidad de curación elevada si se detectan temprano y se tratan adecuadamente.

En El Salvador, según el Sistema de Morbimortalidad (SIM-MOW) durante el período del 2009 al 2013, en la red de hospitales del Ministerio de Salud (MINSAL), se registraron un promedio de 7087 egresos anuales por diagnóstico de cáncer, que equivale al 1.8% de los egresos por todas las causas. De éstos, fallecieron en promedio 720 pacientes por año, que representa el 10% del total de egresos por diagnóstico de cáncer. Es evidente que ésta información no permite

analizar casos de cáncer, mucho menos incidencia y los datos corresponden solo a la mortalidad institucional del MINSAL.

En el marco de la *Política nacional para la prevención y control del cáncer*, se establece la necesidad de generar información representativa del país a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), con capacidad de construir indicadores de incidencia, prevalencia, mortalidad y sobrevida, por lo que se plantea el diseño, organización y funcionamiento tanto del *Registro de Cáncer Hospitalario* como del *Registro de Cáncer Poblacional*.

2. Base legal

Código de Salud

Art. 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo.

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud:

Numeral 2: “Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población”.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Establecer las disposiciones necesarias para la implementación del registro hospitalario de cáncer en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Estructurar la información para la gestión en la calidad del diagnóstico y tratamiento de las personas con cáncer.
- 2) Caracterizar los casos de cáncer diagnosticados y tratados en el cada hospital o institución.
- 3) Conocer la frecuencia y proporción de los tipos de cáncer.
- 4) Monitorear el cumplimiento de las intervenciones para el diagnóstico y tratamiento.
- 5) Generar información para investigaciones.
- 6) Funcionar como fuente de información para el *Registro de Cáncer Poblacional*.

4. Procesos del Registro de Cáncer Hospitalario

4.1. Definición de caso de cáncer

Aquel caso en cuya morfología, por la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas (CIE- O), el quinto dígito sea 2, 3,6 y 9 o en el caso de base diagnóstica no microscópica, por la codificación de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, se clasifique entre D00.0 a D00.9 y C00.0 a C97.

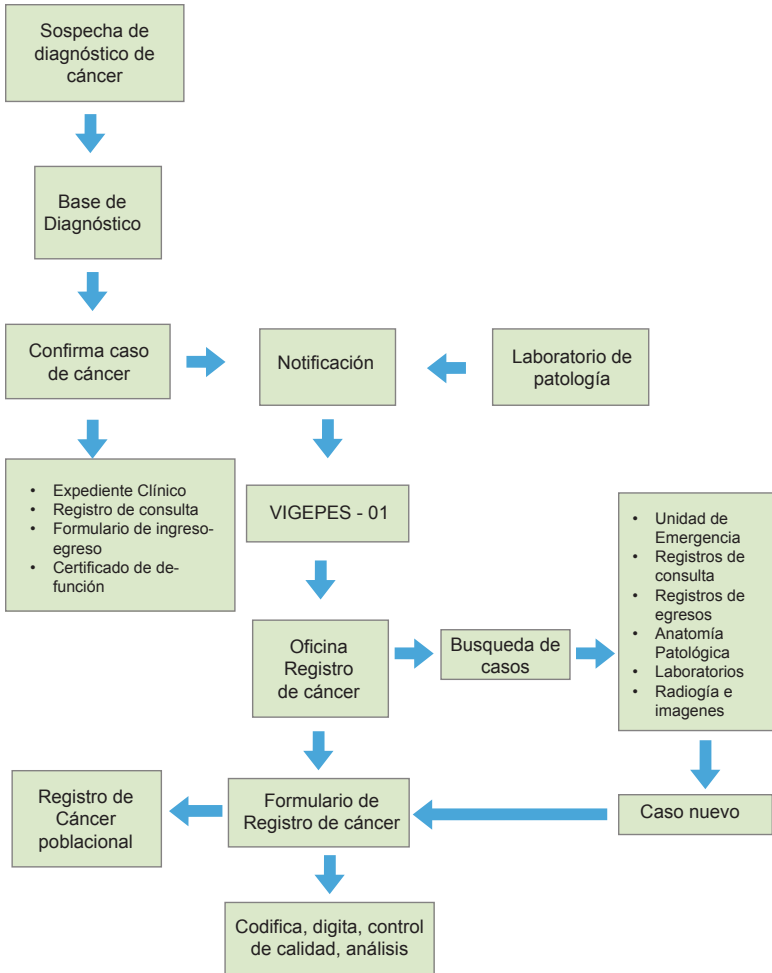
4.2. Definición de *Registro de Cáncer Hospitalario*

Es el área responsable de la recopilación sistemática, almacenamiento, procesamiento, análisis y emisión de informes de los datos de casos de cáncer diagnosticados y tratados en un hospital o institución, independientemente de la zona geográfica de residencia del paciente.

4.3. Definición de *Registro de Cáncer Poblacional*

Es la recopilación sistemática, de todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados entre los residentes de un área geográfica determinada y en un periodo de tiempo determinado.

Flujograma de Información



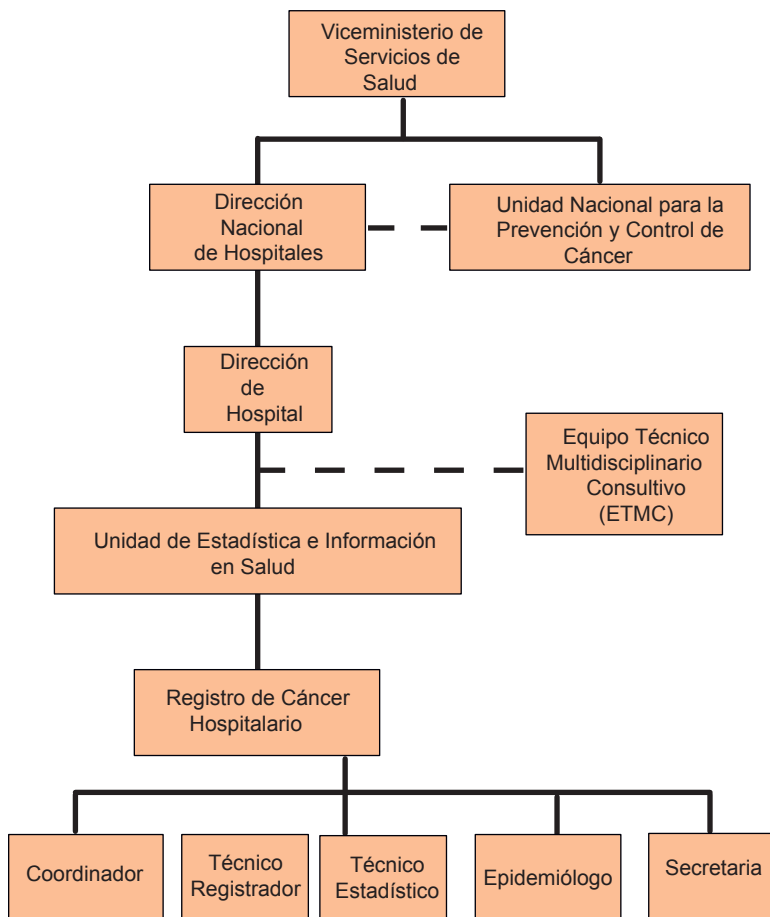
5. Lineamientos para los procesos de recolección, procesamiento, análisis y emisión de informes

- El registro de cáncer hospitalario debe establecer identificación de casos de cáncer de forma pasiva y activa.
- En la forma pasiva, todo caso de cáncer que se diagnostique por sitio primario o por metástasis, en consulta ambulatoria u hospitalización, por cualquier base diagnóstica debe notificarse utilizando el formulario VIGEPES-O1, que debe ser remitida diariamente al *Registro de Cáncer Hospitalario*, según el procedimiento establecido por el hospital.
- La hoja de notificación debe registrar las siguientes variables de carácter obligatorias: nombre completo del paciente, edad, sexo, número de expediente, número único de identificación, dirección, departamento y municipio, fecha de diagnóstico, nombre y firma del médico, con la finalidad que el registrador pueda identificar el caso en las diferentes fuentes de información. La fecha de diagnóstico, para los casos de cáncer debe registrarse en la variable, fecha de inicio de síntomas.
- Siendo el laboratorio de patología, una fuente importante de información, debe remitir al *Registro de Cáncer Hospitalario*, cada semana, los resultados de las muestras procesadas, consignando los datos de identificación de paciente: nombre completo, edad, sexo, número de expediente, número único de identificación, fecha de recepción de muestra, fecha de emisión de resultado, descripción histológica y diagnóstico.
- Posterior a la recepción de las notificaciones se procederá a completar el formulario del registro hospitalario, para la respectiva digitación.
- La identificación de los casos de forma activa se debe de realizar semanal o mensual según la capacidad del hospital a partir de la re-

- visión de los registros de egresos hospitalarios consulta externa y emergencia, para lo cual debe ingresar con la frecuencia que estime conveniente, al Sistema de Morbi-Mortalidad. En el caso de identificar casos que no fueron notificados, debe iniciar el proceso de recolección de la información, utilizando el formulario respectivo.
- Los datos relacionados con el sitio anatómico e histológico, se deben codificar según la CIE-O3, o documento vigente, para posterior digitación.
 - Se debe establecer un archivo de formularios de registro de cáncer, ordenados por un sistema alfa numérico, adjuntando notas de alerta de información pendiente de recolectar u otro proceso.
 - Como parte del control de calidad de la información, con una frecuencia mensual, se debe monitorear la información del formulario contra la digitada en el sistema, revisar correlación de fechas, sexo y topografía, morfología, casos sin estadio y edad, entre otros. Emitir informe de los hallazgos y las recomendaciones respectivas.
 - En físico o vía electrónica, el *Registro de Cáncer Hospitalario* debe remitir semanalmente la información de los tumores malignos nuevos al *Registro de Cáncer Poblacional*, de forma prospectiva, es decir a partir del inicio del funcionamiento de este. En el caso que el envío se realice en físico, debe ser en sobre sellado y entregado únicamente a la persona que el registro poblacional autorice para la recolección de la información. En el caso de los registros de cáncer hospitalario, la información de estos será de acceso vía electrónica, para el *Registro de Cáncer Poblacional*.
 - Se debe realizar mensualmente monitoreo del comportamiento de los indicadores establecidos, con la finalidad de alertar sobre dificultades en el funcionamiento del registro y documentar las recomendaciones y actividades de mejora implementadas.
 - El *Registro de Cáncer Hospitalario* presentará la evaluación dos veces por año, en julio y diciembre y emitirá un informe anual la última semana del mes de marzo, reflejando como mínimo los indicadores descritos.

- Cada *Registro de Cáncer Hospitalario*, debe contar con un equipo técnico multidisciplinario consultivo, conformado como mínimo por médico con especialidad de oncología, patólogo, epidemiólogo y jefe de la unidad de estadística, dicho equipo debe contar con un coordinador designado por el director del hospital, siendo indispensable que el coordinador del *Registro de Cáncer Hospitalario* forme parte del mencionado equipo.
- Los profesionales que conformen el equipo técnico multidisciplinario consultivo, deben ser oficialmente nombrados oficialmente por el director del hospital y hacerlo del conocimiento del personal bajo su cargo y a la Unidad de Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer.
- Los profesionales que conforman el equipo técnico multidisciplinario consultivo, deben de ser personas con alta sensibilización de la importancia que el registro tiene para la gestión hospitalaria con capacidad de liderar procesos ante los profesionales responsables del diagnóstico y tratamiento de cáncer, capacidad para realizar mejoras al funcionamiento del registro, además de la experiencia en el tema del registro de cáncer. El tiempo de permanencia en el equipo técnico multidisciplinario consultivo dependerá de la satisfacción del desempeño observado por el director y de la aceptación del técnico para continuar en el proceso es recomendable garantizar sostenibilidad a los equipos técnicos consultivos.
- A partir de la fecha de funcionamiento del *Registro de Cáncer Hospitalario*, se deben revisar los expedientes y establecer la estrategia para garantizar el orden cronológico del seguimiento del caso.
- Cuando el hospital donde funciona el *Registro de Cáncer Hospitalario*, refiera a otro establecimiento de salud y posteriormente el paciente sea retornado, se debe solicitar al establecimiento de salud de referencia la información del tratamiento u otro procedimiento realizado, con el fin de registrarlo en el formulario respectivo.

6. Estructura Funcional del Registro de Cáncer Hospitalario



El registro de cáncer hospitalario depende jerárquicamente del director del hospital y se ubicará en la Unidad de Estadística e información en Salud del hospital correspondiente. El coordinador del

registro de cáncer hospitalario idealmente debe ser un epidemiólogo, oncólogo o patólogo. En el caso que el coordinador fuese epidemiólogo este asume las funciones descritas para dicho profesional como parte del equipo técnico del registro. Así mismo el registro debe de estar integrado por técnicos registradores y estadísticos destinados específicamente para desempeñar funciones en el mismo en número acorde a la producción de la información.

La asistencia técnica, monitoreo, evaluación de los registros de cáncer hospitalario y apoyo en la gestión, estará bajo la coordinación de la Unidad Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer a través del registro de cáncer poblacional.

Director de hospital

- 1) Garantizar los insumos y recursos necesarios para el buen funcionamiento del *Registro Cáncer Hospitalario*.
- 2) Facilitar el cumplimiento de los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del *Registro de Cáncer Hospitalario*.
- 3) Establecer de manera oficial por escrito, los recursos asignados para el trabajo del registro así como el equipo técnico multidisciplinario consultivo.
- 4) Apoyar la gestión encaminada al fortalecimiento del desarrollo de competencias de los recursos humanos.

Equipo técnico multidisciplinario consultivo

- 1) Asesorar para el buen funcionamiento del registro de la información en las áreas de su responsabilidad: historias clínicas, registros de consulta, ingreso-egreso, certificados de defunción, resultados de anatomía patología, reportes de laboratorio e inmunología.
- 2) Apoyar al equipo del *Registro de Cáncer Hospitalario* en la gestión de capacitación continua y permanente así como insumos necesarios para el buen funcionamiento del *Registro de Cáncer Hospitalario*.
- 3) Apoyar en el desarrollo de investigaciones científicas.

Coordinador del Registro de Cáncer Hospitalario:

- 1) Establecer la coordinación con la Dirección hospitalaria.
- 2) Representar al Director de hospital a nivel nacional e internacional en materia de registro de cáncer.
- 3) Diseñar, implementar, monitorear y evaluar la programación anual operativa que oriente el cumplimiento de los objetivos del registro hospitalario.
- 4) Planificar y coordinar la elaboración de los procedimientos operativos para el funcionamiento adecuado del registro.
- 5) Monitorear y evaluar el cumplimiento de lineamientos del *Registro de Cáncer Hospitalario*.
- 6) Coordinar con las diferentes jefaturas y/o técnicos de las dependencias que tienen responsabilidad de generar información para el *Registro de Cáncer Hospitalario*.
- 7) Garantizar el cumplimiento de las medidas de confidencialidad y seguridad de la información.
- 8) Gestionar ante la dirección del hospital, los diferentes recursos necesarios para el funcionamiento del registro.
- 9) Elaborar propuestas de mejora para el funcionamiento del registro.
- 10) Apoyar las iniciativas de investigación.
- 11) Responsable de evaluar, generar y presentar de informes.

Técnico registrador:

- 1) Recolectar las notificaciones de los casos diagnosticados en consulta externa, emergencia y hospitalización.
- 2) Recibir los resultados de anatomía patológica, y de otras fuentes de información.
- 3) Completar el formulario de registro de cáncer a través de la revisión de las diferentes fuentes de información, desde el diagnóstico hasta la finalización del tratamiento.
- 4) Codificar según la clasificación internacional de enfermedades oncológicas (CIE-O) vigente, la morfología y topografía del tumor.
- 5) Digitar la información en el caso que el registro no disponga de técnico estadístico.

- 6) Participar en el proceso de evaluación, generación y presentación de informes.
- 7) Resguardar formularios de *Registro de Cáncer Hospitalario*.
- 8) Participar en las reuniones del comité técnico multidisciplinario según necesidad y cumplir otras funciones que por la naturaleza del cargo le sean requeridas.

Técnico estadístico

- 1) Revisar las bases de egresos, consulta externa y emergencia para identificar los casos de cáncer.
- 2) Verificar que los casos de cáncer identificados a partir de los egresos y consultas hayan sido notificados y estén incluidos en el registro.
- 3) Generar informe de los casos pendientes de ser notificados.
- 4) Codificar o validar codificación asignada por el registrador.
- 5) Realizar control de calidad de la información.
- 6) Digitar la información del formulario de registro de cáncer.
- 7) Remitir información al *Registro de Cáncer Poblacional*.
- 8) Participar en el proceso de evaluación y generación de informes.
- 9) Participar en las reuniones del equipo técnico multidisciplinario consultivo, según necesidad y cumplir otras funciones que por la naturaleza del cargo le sean requeridas.

Colaborador técnico médico/epidemiólogo

- 1) Representar al coordinador del registro cuando se requiera.
- 2) Garantizar el cumplimiento de los procesos de recolección, digitación y codificación.
- 3) Realizar y presentar análisis de la información.
- 4) Recomendar procesos de mejora del funcionamiento del registro.
- 5) Monitorear el cumplimiento de la notificación por parte del personal médico.
- 6) Elaborar los informes de evaluación e informes según el plazo establecido.

- 7) Establecer coordinación con las diferentes áreas que aportan información.
- 8) Elaborar propuestas de investigación y cumplir otras funciones que por la naturaleza del cargo le sean requeridas.

Secretaria:

- 1) Preparar los informes, notas y documentos que le sean solicitados.
- 2) Recibir, registrar, administrar, archivar y despachar documentos.
- 3) Llevar un control de la entrada y salida de documentos.
- 4) Facilitar la comunicación entre unidades del hospital y *Registro de Cáncer Hospitalario* y otros.
- 5) Llevar lista de control de personas que visitan el registro de cáncer.
- 6) Apoyar la gestión administrativa del registro.

7. Fuentes de información

- a) Registros de consulta impresos o digitales.
- b) Registro de ingreso-egreso impresos o digitales.
- c) Informe de anatomía patológica impresos o digitales.
- d) Informe de hematología – oncología.
- e) Informes de imagenología.
- f) Certificado de defunción.

8. Conceptos de cáncer

Quinto dígito código de morfología CIE-O y Categoría CIE-10

Dígito	CIE-10	Término.
0	D10-D36	Benigno.
1	D37-D48	Incierto si es benigno o maligno.
2	D00-D09	Carcinoma in situ: intraepitelial, no infiltrante, no invasor.
3	C00-C76 C80-C97	Maligno, sitio primario.
6	C77-C79	Maligno, sitio metastático.
9		Maligno, incierto si el sitio es primario o metastático.

Caso registrable: todo caso que cumpla con la definición de cáncer, procedente de cualquier área geográfica y de cualquier edad, diagnosticado en tratamiento en el hospital, a partir del inicio del funcionamiento del registro. Se completará el formulario de *Registro de Cáncer Hospitalario*. En el caso de cáncer *in situ* se ingresarán al registro solamente cáncer *in situ* de cervix y de mama.

Se debe completar un formulario por cada tumor primario diagnosticado en el mismo paciente, asignándole a cada tumor un número secuencial, considerando que a cada tumor primario único le corresponde la secuencia 1, y el siguiente tumor en el mismo paciente se asigna secuencia 2 y así sucesivamente.

Cáncer primario: es aquel que se origina en una localización o tejido primario, no siendo una extensión, recurrencia o metástasis.

Cáncer primario múltiple: se considera aquel de igual localización y diferente histología, igual histología y localización distinta, sean estos diagnosticados al mismo tiempo o en tiempos diferentes,

diferente histología y distinta localización. El reconocimiento de la existencia de dos o más tumores primarios no depende del tiempo. Todo cáncer de piel con igual morfología se debe reportar una vez en la vida.

Tumor maligno multifocal: es el tumor con más de un foco de crecimiento. Son masas discretas de la misma histología que no presentan continuidad entre sí, en la misma localización y que se cuentan como un solo tumor. En estos casos se debe llenar un solo reporte de cáncer por cada paciente.

a) Tumor maligno multifocal sincrónico: Es el tumor con la misma histología, diagnosticada al mismo tiempo que otro. Si esto ocurre en dos sub - localizaciones diferentes, se considera un tumor único, se codifica con el cuarto dígito topográfico igual a 8 (tumor de sitios contiguos) y se debe llenar un sólo reporte de cáncer.

b) Tumor maligno multifocal metacrónico: es el mismo caso que el anterior pero en diferentes tiempos. El registro hospitalario en el seguimiento del paciente registrará los subsitios anatómicos y se actualizará la información con el nuevo tumor.

9. Variables del Registro de Cáncer Hospitalario

Del establecimiento que atiende:

- 1) **Nombre del Hospital:** se refiere al establecimiento de salud donde el paciente es diagnosticado y tratado.
- 2) **Nombre del establecimiento que refiere:** establecimiento que remite al paciente para confirmación del diagnóstico o para tratamiento, el sistema debe contar con la base de establecimientos del MINSAL, ISSS, Comando de Sanidad Militar (COSAM), Instituto de Bienestar Magisterial (ISBM) y los centros privados se incluirán de acuerdo a la existencia de la referencia.

Identificación del paciente:

- 3) Número del expediente: del hospital que funciona como *Registro de Cáncer Hospitalario* para este expediente.
- 4) Número Único de Identificación: para mayores de dieciocho años se debe utilizar el Documento Único de Identidad (DUI); para los menores de 18 años se debe identificar a través del número de DUI de la madre, padre o la persona responsable del menor, además del día, mes y año de nacimiento apareado con la variable del nombre y apellidos del menor de edad.
- 5) Afiliación: categoría de institución con responsabilidad de prestación de servicios de salud, se debe considerar la categoría de afiliación registrada en la hoja de ingreso - egreso hospitalario, en vista que esta será una de las fuentes de información del *Registro de Cáncer Hospitalario*: 1.Cotizante ISSS 2.Beneficiario ISSS 3.Cotizante ISBM 4.Beneficiario ISBM 5.Cotizante Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) 6. Beneficiario del IPSFA 7. Veterano de Guerra.
- 6) Nombres y apellidos: es necesario documentar en la medida de lo posible nombres y apellidos según documento de identificación,

- en el caso de las mujeres que registran apellido de casada, se debe agregar este a los apellidos paternos.
- 7) Sexo: seleccionar masculino o femenino, así nacidos.
 - 8) Fecha de nacimiento: se registrará en formato de día, mes y año, una vez en el sistema, este calculará automáticamente la edad.
 - 9) Edad: en años cumplidos, si es mayor de un año y en meses si es menor de un año.
 - 10) Número de teléfono: de ser posible registrar fijo y móvil.
 - 11) Dirección habitual: debe registrarse colonia, residencial, barrio, calle, polígono, avenida, número de casa, entre otros, de la dirección donde resida de forma permanente y no transitoriamente, debido a su enfermedad, debe actualizarse directamente con el paciente o la familia y no solamente transcribir del documento único de identidad.
 - 12) Departamento: escriba nombre según residencia habitual. El sistema debe utilizar formato de selección utilizando códigos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).
 - 13) Municipio: escriba nombre según residencia habitual. El sistema debe utilizar formato de selección utilizando códigos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), mostrando solamente los municipios que corresponden al departamento.
 - 14) Cantón: escriba nombre según residencia habitual. El sistema debe utilizar formato de selección utilizando códigos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), mostrando solamente los cantones que corresponden al municipio.
 - 15) Área: seleccione urbano o rural.
 - 16) Nombre de la persona responsable y parentesco en todos los pacientes, en el caso de la persona menor de dieciocho años, documentar el número de DUI de la madre, padre o responsable.
 - 17) Ocupación : escriba según informe la persona
 - 18) Enfermedad crónica coexistente: escriba si o no, debe documentarse a partir de expediente clínico u otro documento que exprese dicho diagnóstico por parte profesional médico y no por información verbal de personas o familiares.

Del diagnóstico:

- 19) Fecha de primera consulta u hospitalización: fecha de primer contacto con el establecimiento de salud.
- 20) Clase de caso: clasificado en relación al establecimiento del *Registro de Cáncer Hospitalario*, con la finalidad de saber cuáles casos pueden incluirse en el análisis de tratamiento y sobrevida y cuales se incluirán solamente al analizar carga de asistencia a paciente con cáncer : 1. Diagnosticado y tratado en hospital, 2. Diagnosticado en otra institución y recibiendo tratamiento en hospital, 3. Diagnosticado en hospital y recibiendo tratamiento en otra institución 4. Diagnóstico y/o tratamiento de recaída o progresión de caso procedente de otro establecimiento.
- 21) Fecha de diagnóstico: fecha en la que se confirma al paciente el diagnóstico de cáncer, por cualquier base diagnóstica, en el caso de base de diagnóstico por biopsia se debe agregar el número de la misma.
- 22) Base de diagnóstico: en el caso que para un mismo paciente se haya indicado más de una base, se debe elegir la que con mayor seguridad confirma el diagnóstico; según la *European Network of Cancer Registries/International Agency for Research on cancer*(ENCR/IARC) se clasificarán:

o. Solo certificado de defunción	Información proporcionada a partir de un certificado de defunción.
No microscópicos	
1. Clínico	Diagnóstico realizado antes de la defunción, sin uso de las categorías 2 a 7.
2. Investigación clínica	Todas las técnicas de diagnóstico incluyendo (rayos x, endoscopia, ultrasonografía, mamografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear, entre otros).
3. Cirugía exploratoria y autopsia sin histología	Cirugía exploratoria como laparotomía y la autopsia sin diagnóstico histológico.

4. Marcadores tumorales específicos	Incluye marcadores bioquímicos y/o inmunológicos específicos para una localización tumoral.
Microscópicos	
5. Citología/ mielograma	Examen de células a partir de una localización primaria o secundaria incluyendo aspirado de fluidos por endoscopia o aguja; también incluye el examen microscópico de sangre periférica y aspirados de médula ósea.
6. Histología de metástasis	Examen histológico de metástasis, incluyendo muestras de autopsia.
7. Histología de tumor primario	Examen histológico de tumor primario, incluyendo todas las técnicas de corte y biopsias de médula ósea, también incluye muestras de autopsia.
9. Desconocido	

Fuente: International Classification of Diseases for Oncology. Third Edition. World Health Organization, Geneva, 2000

- 23) Número de biopsia: colocar el número correspondiente al estudio, solo aplica para la base diagnóstico macroscópica No. 5,6 y 7.
- 24) Fecha de indicación de base diagnóstico: para cada base de diagnóstico escribir la fecha en la que el médico la indica.
- 25) Fecha de emisión de resultado: escribir día, mes y año, en que la dependencia responsable reporta el resultado, en el caso de que la fuente de información sea el certificado de defunción, escribir la fecha de defunción.
- 26) Fecha de realización de la biopsia: escribir día, mes y año, de la pieza en patología en el caso de la base de diagnóstico histológico.
- 27) Fecha de recepción en anatomía patológica: escribir día, mes y año en que el departamento de patología recibió la muestra.

De la neoplasia:

- 28) Número secuencial del tumor: para todo tumor primario el número es 1, en el caso de tumor primario múltiple, se debe continuar con el número correlativo.
- 29) Sitio anatómico: descripción anatómica del tumor primario, aun cuando el diagnóstico se haya realizado a partir de una lesión metastásica, debe describirse con el mayor nivel de detalle posible. Si se desconoce el tumor primario, se debe registrar como primario desconocido. Para la codificación se debe utilizar la 3ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas (CIE-O).
- 30) Lateralidad: se debe registrar para todos los órganos pares y se debe clasificar como 1.Derecho, 2.Izquierdo, 3.Bilateral, 4. No aplica.
- 31) Histología (morfología): del tumor primario, codificado según la CIE-O vigente.
- 32) Comportamiento: es la forma en que el cáncer actúa dentro del cuerpo

Código	
/0	Benigno
/1	Incierto si es benigno o maligno malignidad limítrofe (borderline), Bajo potencial de malignidad, malignidad potencial incierta
/2	Carcinoma in Situ Intraepitelial No infiltrante No invasor
/3	Maligno, sitio primario
/6	Maligno /Sitio metastásico
/9	Maligno, incierto si es sitio primario o metastásico

Fuente: International Classification of Diseases for Oncology. Third Edition. World Health Organization, Geneva, 2000

33) Diferenciación: según la CIE-0, 1. Bien diferenciado, 2. Moderadamente diferenciado, 3. Pobremente diferenciado, 4. Indiferenciado o anaplásico, 9. Grado de diferenciación no determinado, no indicado o no aplicable.

34) Extensión: se codificará como :

Clasificación	Definición
1. In situ	
2. Localizado	Implica que el tumor no ha superado los límites del órgano en el que primariamente surgió.
3. Regional	Implica extensión por continuidad a órganos o estructuras vecinas, afectación metastásica de ganglios regionales o ambas de forma simultánea
4. Metástasis remota o diseminado	Significa extensión a distancia sin continuidad aparente con el tumor primario.
5.No aplicable	Se utilizará para leucemias, linfomas, mielomas y neoplasias uroteliales
9. Desconocido	

Fuente: Manual de procedimientos. Registros Hospitalarios del Cáncer. Gobierno Vasco. 2011

35) Lugar de metástasis: escribir el nombre del o los órganos afectados.

36) TNM clínico: Extensión Tumoral (T). Ausencia o presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales (N). Ausencia o presencia de metástasis a distancia (incluye las metástasis en ganglios linfáticos no regionales) (M). Se transcribirá según lo detalle el médico tratante.

37) TNM patológico: según lo detalle el médico patólogo.

38) Estadio clínico de cáncer: se transcribirá según lo detalle el médico tratante.

Del tratamiento:

- 39) Completó pauta de tratamiento: se refiere al primer plan de tratamiento indicado, se clasificará en sí o no.
- 40) Motivo de no completar pauta de tratamiento: en el caso que la respuesta anterior sea no, describir el motivo por el cual no se completo el plan de tratamiento. 1. Abandono, 2. Fallecimiento, 3. Falta de medicamento, 4. Traslado, 5. Reclasificación de diagnóstico, 6. Refractario 7. Toxicidad asociada 8. Comorbilidad.
- 41) Fecha de reclasificación del diagnóstico: día, mes y año.
- 42) Base de diagnóstico para reclasificación: utilizar los mismos códigos de base diagnóstico de la variable. n.º 20.
- 43) Respuesta al tratamiento: en el caso de haber completado el plan inicial de tratamiento, completar 1. Remisión completa, 2. Remisión parcial, 3. Refractario, 4. Recaída.
- 44) Fecha de defunción: día, mes y año.
- 45) Lugar de la defunción: hospital, casa.

Registro de tratamientos: describir los diferentes tipos de tratamientos.

- 46) Intención del tratamiento: Escriba 1 si es curativo y 2 si es paliativo
- 47) Modalidad de tratamiento: cuando aplique, escriba 1 (neoadyuvante) 2 (Adyuvante), 3 (Concomitante), 4 (Concurrente)
- 48) Fecha: escriba inicio y fin de tratamiento: día, mes y año, en el caso de cirugía escriba fecha de realización
- 49) Nombre del medicamento: cuando aplique escriba el nombre del o de los medicamentos, para cada uno describa dosis terapéutica, con su respectiva unidad de medida (mg / m² de superficie), (mg /AUC, área bajo la curva).
- 50) Dosis total en el caso de quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia y dosis final en el caso de radioterapia
- 51) Ciclo No: cuando aplique escriba el ciclo al que corresponde los medicamentos indicados

52) Establecimiento: que administró alguna pauta de tratamiento.

53) Respuesta al tratamiento :

- Estado de evolución clínica.
- Enfermedad estable (Remisión parcial): presencia de enfermedad local o metástasica con paciente sin repercusiones clínicas.
- Remisión completa: desaparición de todos los signos y síntomas del cáncer en respuesta al tratamiento. Esto no siempre significa que el cáncer se haya curado. También se llama respuesta completa.
- Remisión parcial: disminución del tamaño de un tumor o en el grado del cáncer en el cuerpo, en respuesta al tratamiento. También se llama respuesta parcial.
- Recaída: retorno de una enfermedad o de los síntomas y signos de una enfermedad después de un período de mejoría. El término recaída también se refiere a volver a usar una sustancia adictiva o a repetir comportamientos.
- **Refractario:** Progresión bajo tratamiento (fracaso-refractario): evidencia clínica o por estudios de gabinete y/o laboratorio, de progresión de la enfermedad a pesar de tratamiento en cualquiera de sus modalidades (radioterapia –quimioterapia, hormonoterapia, entre otros.)

10. Indicadores

1) Proporción de casos con verificación histológica (certeza del diagnóstico).

2)
$$\frac{\text{Número de casos con diagnóstico anatómico - patológico}}{\text{Total de casos ingresados al registro.}}$$

3) Proporción de registro con edad desconocida (calidad del llenado de datos)

$$\frac{\text{Casos sin datos de edad}}{\text{Total de casos registrados.}}$$

4) Proporción de casos con tumor primario desconocido (calidad de datos)

$$\frac{\text{Casos sin dato de localización del tumor primario}}{\text{Total de casos registrados}}$$

5) Proporción de casos con estadio clínico (nivel de registro y cálculo de supervivencia)

$$\frac{\text{Casos con estadio clínico}}{\text{Total de casos registrados}}$$

6) Número de casos nuevos de cáncer todos las localizaciones por año.

7) Frecuencia y porcentaje de cáncer por sitio anatómico.

8) Frecuencia y porcentaje total de cáncer por grupo de edad.

9) Frecuencia y porcentaje por grupo de edad.

10) Frecuencia y porcentaje por sitio anatómico, según grupo de edad.

11) Frecuencia y porcentaje por sitio anatómico, según sexo.

12) Frecuencia y porcentaje cáncer total, según departamento de procedencia.

13) Frecuencia y porcentaje cáncer total, según municipio de procedencia.

14) Frecuencia y porcentaje cáncer total, según cantón de procedencia.

15) Frecuencia de establecimiento u hospital de referencia.

16) Frecuencia y porcentaje de clase de caso.

- 17) Frecuencia y porcentaje de cáncer según base diagnóstico.
- 18) Frecuencia y porcentaje de cáncer según tipo histológico.
- 19) Frecuencia y porcentaje de cáncer según estadio clínico.
- 20) Frecuencia y porcentaje de cáncer según tipos de tratamiento.
- 21) Frecuencia y porcentaje de casos que completaron esquemas de tratamiento.
- 22) Frecuencia y porcentaje de motivo por el cual no realizó tratamiento.
- 23) Intervalo de tiempo entre fecha de indicación de base de diagnóstico y realización de biopsia.
- 24) Intervalo de tiempo entre realización de biopsia y recepción en anatomía patología, intervalo de tiempo entre recepción en anatomía patología y emisión de resultado.
- 25) Intervalo de tiempo entre emisión de resultado e inicio de tratamiento.
- 26) Intervalo de tiempo entre la fecha de indicación de base de diagnóstico e inicio de tratamiento.
- 27) Letalidad: número de fallecidos por tipo de cáncer/Número de casos diagnosticados por tipo de cáncer x 100.
- 28) Sobrevida total: intervalo de tiempo entre la fecha de diagnóstico y la fecha de muerte.
- 29) Período libre de enfermedad: intervalo de tiempo entre la remisión de la enfermedad hasta el nuevo apareamiento de signos, síntomas o evidencia de enfermedad por estudios.
- 30) Período libre de progresión: tiempo desde enfermedad estable hasta la progresión clínica o por confirmación de estudios de gabinete y/o laboratorio (remisión parcial).

11. Conceptos generales y lineamientos sobre confidencialidad

Datos confidenciales, se refiere a cualquier dato simple o combinado, recolectado por el registro de cáncer, que permita identificar directa e indirectamente al paciente con diagnóstico de cáncer tanto en registro físico como en formato electrónico: número de identificación, nombres, fecha de nacimiento combinada con sexo y código de área de residencia o muerte, dirección, fecha de muerte combinada con sexo, código de área o fecha de nacimiento.

- En algunos casos, la combinación de edad, sexo, año de diagnóstico y un código de área, si la población es entre 500 a 1000 habitantes.
- Confidencialidad: principio ético según el cual, el paciente tiene derecho a que se respete el secreto de la información proporcionada al médico, durante la relación profesional médico-paciente, e incluye entre otros el siguiente concepto: la información contenida en el expediente clínico está sujeta al principio de confidencialidad, por lo cual todas las personas que lo manejan están legalmente obligadas al secreto.
- Tercero: es cualquier persona natural o jurídica, autoridad pública, servicio de salud, que no tiene definidas alguna función en el registro de cáncer.
- Seguridad: medidas físicas para evitar el acceso no autorizado a los datos del registro de cáncer, independientemente del medio o método de almacenamiento o transmisión.
- La recolección y algunos procesos de control de calidad de la información para el registro de cáncer, conlleva la consulta a diferentes fuentes del centro hospitalario, por tanto los profesionales responsables de dichas funciones deberán tener acceso a los datos de identificación del paciente, los demás técnicos que laboran para el registro podrán tener acceso a la base de datos sin poder acceder al nombre de la persona y número de identificación.

- Únicamente necesitará datos con identificación del paciente el personal de salud que debe integrar información, utilizando diferentes fuentes de datos del registro para evitar duplicidad, en caso de que el personal del registro deba utilizar fuentes de información electrónicas, debe disponer de claves de acceso de uso personal con derecho a identificación del paciente.
- Todo profesional que labore para el registro de cáncer, debe firmar un acuerdo de confidencialidad, en el que declare que por ningún motivo revelará información a terceros, este acuerdo debe renovarse cada año y debe establecer las sanciones administrativas ante el incumplimiento.
- La ubicación del registro, debe considerar un espacio para uso específico, que pueda garantizar la seguridad de la información tanto en físico, como en electrónico, debe establecerse acceso solamente a las personas autorizadas por el coordinador del registro.
- La información del registro debe ser utilizada única y exclusivamente para la generación de estadísticas e investigación científica, que permita al coordinador del registro, evidenciar dificultades en la prestación del servicio a los pacientes con cáncer e informar al director del hospital las dificultades identificadas. Así como para la toma de decisiones en la búsqueda de la mejora de la prestación de los servicios a los paciente con cáncer.
- Toda persona que solicite información para efectos de investigación, deberá especificar el uso y contar con la autorización por escrito emitida por la dirección del hospital.
- Las actividades de información al público deben realizarse a través del vocero oficial de la institución

12. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del MINSAL, dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte de la titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

13. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte de la titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, catorce días del mes de noviembre de dos mil dieciséis.



Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

14. Bibliografía

- 1) Ana Maria BV. Instituto Regional de enfermedades neoplasias (IREN Norte) Registro Hospitalario de Cáncer, Dr. Luis Pinillos Ganoza. Informe octubre 2007 a diciembre 2013. Julio 2014. www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/informe_octubre_2007-diciembre_2013
- 2) April F, Constance P, Andrew J, “et al” Internacional Clasification of Diseases for Oncology. Third Edition. ICD-O. World Health Organization, 2000.
- 3) European Network of Cancer Registries International Agency for Research on Cancer Guidelines on Confidentiality and ethics for population-based cancer registration and linked activities in Europe, Version 3, May 2011. Disponible en [http:// www.eurocourse.org/mm_files/do_994/D2.2](http://www.eurocourse.org/mm_files/do_994/D2.2)
- 4) European Network of Cancer Registries Recommendations for a Standard Dataset for the, february. 2005
- 5) Freddie B., Ariana Z., Patricia C., Anne K. “et al” Planificación y desarrollo de registros de cáncer de base poblacional en los países de ingresos bajos y medios Organización Mundial de la Salud IARC. Publicaciones técnicas No. 43 . Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. 2015
- 6) Jensen O.M. Parkin D.M. Maclellan R. Muir C.S. Skeet O.M. Cancer Registration. Principies and Methods. IARC Scientific Publication No. 95 Lyon, 1991
- 7) Joan Lluís BB, Jaume GP, Angel IF “et al” Situación actual de los Registros Hospitalarios y Poblacionales de cáncer, primer libro blanco de oncología en España.http://www.Seom.org/seomcms/imagenes/stories/recursos/sociosyprofs/planif_oncologia_espana/libroblanco_07.pdf
- 8) María Victoria FS. Registro hospitalario de tumores del servicio de salud del principado de Asturias, año 2011. www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/rt/rt2011/rt2011.pdf

Anexos

Anexo 1



Formulario Registro de Cáncer Hospitalario



Nombre del establecimiento o Institución: _____

Nombre del establecimiento que refiere: _____

I. Identificación del paciente:

N.º expediente: _____ N.º único de identificación: _____

Afiliación: 1. Cotizante ISSS 2. Beneficiario ISSS 3. Cotizante ISBM 4. Beneficiario ISBM
5. Cotizante IPSFA 6. Beneficiario IPSFA 7. Veterano de Guerra 8. Ninguno

Nombres: _____ Apellidos: 1 _____ 2 _____

de casada _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____ años _____ meses N.º de teléfono 1. _____ 2. _____

Dirección habitual: _____ Departamento _____

Municipio: _____ Cantón: _____ Área : urbana rural

Nombre de madre: _____

Nombre del padre: _____

Persona responsable: _____ N.º DUI _____

Ocupación: _____

Enfermedad crónica adyacente: Diabetes VIH Tuberculosis Insuficiencia Renal
Hipertensión Arterial

II. Del diagnóstico:

Fecha de:1.ª Consulta: ____/____/____ Fecha 1.ª Hospitalización ____/____/____ Clase de caso: _____

Base diagnóstico que utilizó para confirmar cáncer: Fecha de diagnóstico ____/____/____

N.º de biopsia: _____

Base diagnóstico	Fecha de indicación	Fecha de emisión de resultado
0. Solo certificado de defunción	____/____/____	____/____/____
NO MICROSCÓPICOS		
1. Clínico	____/____/____	____/____/____
2. Investigación clínica	____/____/____	____/____/____
3. Cirugía exploratoria y autopsia sin histología	____/____/____	____/____/____
4. Marcadores tumorales	____/____/____	____/____/____

MICROSCÓPICAS	Fecha de indicación	Fecha de realización de la biopsia	Fecha de recepción en anatomía patológica	Fecha de emisión de resultado
5. Citología/mielograma	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
6. Histología de metástasis	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
7. Histología de tumor primario	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
8. Desconocido	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

III. De la neoplasia:

No. Secuencial de la neoplasia: _____

Sitio anatómico: _____ código: C _____

Lateralidad: derecho Izquierdo bilateral no aplica

Morfología: _____ código: M _____

Comportamiento: carcinoma in situ maligno sitio primario maligno metastásico
maligno incierto si es sitio primario o metastásico Diferenciación: bien diferenciado moderadamente diferenciado poco diferenciado indiferenciado no aplica Extensión: in situ Localizado Regional Metástasis Desconocido no aplica

Lugar de metástasis: _____

TNM clínico: T ____ N ____ M ____ N A TNM patológico: T ____ N ____ M ____ N A Estadio clínico de cáncer ____ N A Inicio tratamiento: Si No Motivo de no inicio: falleció rechazó Fecha de defunción ____/____/____Lugar de defunción: Ministerio de Salud SNS Privado Casa de habitación Otro **IV: Tratamiento**Completo Pauta de tratamiento: si no Porque no completo pauta de tratamiento: Abandono Fallecimiento Falta de medicamento Traslado Reclasificación de diagnóstico Refractario Toxicidad asociada Comorbilidad

Fecha de reclasificación del diagnóstico: ____/____/____ Base de diagnóstico para reclasificación: _____

Fecha de defunción: ____/____/____ Lugar de la defunción: Ministerio de Salud SNS Privado
Casa de habitación Otro



Formulario Registro de Cáncer Hospitalario Registro de Tratamiento por Cáncer Radioterapia y Cirugía



Anexo 2

N.º	Nombre del paciente: _____				N.º de expediente: _____						
	Intención de tratamiento	Modalidad de tratamiento	Radioterapia		Fecha		Respuesta al Tratamiento	Cirugía	Fecha de realización	Establecimiento	Respuesta al Tratamiento
			Inicio	Finalización	Dosis final	Establecimiento					

Intención de Tx
1. Curativo
2. Paliativo

Modalidad de Tx
1. Neoadyuvante
2. Adyuvante
3. Concomitante
4. Concorrente

Radioterapia
1. Cobalto
2. Intensidad modulada
3. Braquiterapia

Cirugía
1. Óptima
2. Subóptima
3. No curativa

Respuesta al tratamiento
1. Enfermedad estable
2. Remisión completa
3. Remisión parcial

4. Recaída
5. Refractario



Formulario Registro de Cáncer Hospitalario
Registro de Tratamiento por Cáncer
Quimioterapia, Hormonoterapia e Inmunoterapia



Anexo 3

N°	Tipo de tratamiento	Intención del tratamiento	Modalidad del tratamiento	Fecha		Nombre del medicamento	Dosis terapéutica		Dosis total	Ciclo n°	Respuesta al tratamiento	Establecimiento
				Inicio	Finalización		Cantidad	Unidad de medida				
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Nombre del paciente: _____ N° de expediente: _____

Tipo de Tx.
 1. Quimioterapia
 2. Hormonoterapia
 3. Inmunoterapia

Intención del Tx.
 1. Curativo
 2. Paliativo

Modalidad Tx.
 1. Neoadyuvante
 2. Adyuvante
 3. Concomitante
 4. Concurrente

Respuesta al Tx.
 1. Enfermedad estable
 2. Remisión completa
 3. Remisión Parcial
 4. Recaida
 5. Progresión bajo Tx.

Respuesta al Tx.
 1. Enfermedad estable
 2. Remisión completa
 3. Remisión Parcial
 4. Recaida
 5. Refractorio

Anexo 4



República de El Salvador

Formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-01)

1. Nombre del establecimiento: _____ 2. Fecha de consulta: ___/___/___
3. No. Expediente/ No. de afiliación: _____ 4. Categoría de afiliación: Cotizante Pensionado
Beneficiario Hijo
5. No. DUI o pasaporte: _____ 6. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 7. Edad: ___ Años ___ Mes ___ Días

8. Apellidos _____ Nombres _____
9. Si es menos de edad, nombre completo de la persona responsable _____
10. Sexo: Masc. Fem.
12. Área: Urbana Rural
11. Dirección completa: _____ 13. Nacionalidad: _____
Departamento: _____ Municipio: _____ 14. País de residencia: _____
Localidad: _____ 15. Teléfono: _____

16. Estudiante: Si No _____
Nombre del Centro Educativo (completar esta información únicamente si es un estudiante)
17. Antecedentes Obstétricos: Aborto Embarazada Parto Puerperio No aplica
18. Semanas de amenorrea: _____ (aplica únicamente para mujeres en edad reproductiva)

19. Manejo: Ambulatorio Hospitalario Referido a: _____

20. Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica

21. Fecha de inicio de síntoma: ___/___/___ 22. Fecha de notificación: ___/___/___
23. Condición: Vivo Muerto 24. Fecha de defunción: ___/___/___
25. Causa de defunción: _____
26. Nombre de médico que notifica: _____

Firma y sello: _____

Una copia queda en expediente y otra se envía al centro de acopio para su registro en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde

Código 80503130

Este libro se terminó de imprimir
en San Salvador, El Salvador,
durante el mes de junio de 2016,
El tiraje consta de 500 ejemplares.



EDITORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD
Gobierno de El Salvador