



Protocolización de Informes oncológicos

Esther Roselló Sastre

Comité de Seguimiento de Patwin
Conselleria de Salut. Comunitat Valenciana

¿Qué contiene un Informe de Patología Oncológica?

- ▶ Datos demográficos del paciente
- ▶ Datos clínicos
- ▶ Muestra/Procedimiento
- ▶ Descripción Macroscópica
 - Tamaño tumoral
 - Localización y distancia a bordes
- ▶ Descripción Microscópica
 - Tipo histológico
 - Grado de Diferenciación celular
 - Márgenes de resección
 - Invasión vasculo-linfática
 - Nivel de infiltración tumoral
 - Estadiaje tumoral
 - Técnicas especiales (Inmunohistoquímica, Biología Molecular, Citogenética...)
- ▶ DIAGNÓSTICO
- ▶ Firma del patólogo

CONSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL UNIVER. "Dr. PESET"

ANATOMIA PATOLÒGICA

INFORME DE BIOPSIA

Fecha de Registro: 07/11/2011 Num. Biopsia: 11 B0016933

Nombre Paciente: _____
N.H.C.: _____ EDAD: 20
SEXO: MUM Num. S.S.: _____ D. S.R. _____

Servicio Solicitante: C.E. MOITOLMET Cama: _____
Médico Solicitante: OLMAS

De cartipò n Macroscòpia:
Como lamacercal se recibe un fragmento blanqueado de 6 mm que se hemisecciona.

Diagnòstic:
CÈRVIX (BIOPSIA DE LABIO POSTERIOR): CARCINOMA IN SITU.
ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO PARA P16, POSITIVO EN TODO EL EPITELIO MALIGNADO.

Fecha Diagnòstica: 11/11/2011 FIRMA: _____
Fecha última revisi3n: 11/11/2011
Pat3logo Responsable: _____
Pàgina 1

¿CÓMO RECOJO LA INFORMACIÓN?

Tipos de Informes

► Informe literal

- Máquina escribir/informe manual
- Base de datos propia/Base de datos-LIS ligada a Historia clínica electrónica
- Diagnóstico Codificado con códigos internacionales/no codificado

CONSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL UNIVER. "Dr. PESET"

ANATOMIA PATOLÒGICA

INFORME DE BIOPSIA

Fecha de Registro: 07/11/2011 Num. Biopsia: 11 B0016993

Nombre Paciente: _____
N.H.C.: _____ EDAD: 29
SEXO: Mujer Num. S.S.: _____

Servicio Solicitante: C.E. MORTO LIVET Cama: _____
Médico Solicitante: OLMAS

De control n. Macroscópica:
Como carcinoma se recibe un fragmento blanquecino de 6 mm que se hemisecciona.

Diagnóstico:
CÉRVIX (BIOPSIA DE LABIO POSTERIOR): CARCINOMA IN SITU.
ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO PARA P16, POSITIVO EN TODO EL EPITELIO MALGRABADO.

Fecha Diagnóstico: 11/11/2011 FIRMA: _____
Fecha última revisión: 11/11/2011
Patólogo Responsable: _____
Página 1

¿CÓMO RECOJO LA INFORMACIÓN?

Tipos de Informes

► Informe protocolizado o sinóptico (check-list)

- En papel/pdf
- En formato digital
- Campos no codificados/Campos codificados de forma independiente
- Informes propios/Informes estandarizados e internacionalmente validados
- Estadiaje tumoral codificado en TNM
- Automático/por el patólogo

PROTOCOLO DIAGNOSTICO: CARCINOMA DE MAMA: BIOPSIA CON AG	PROTOCOLO DIAGNOSTICO: CARCINOMA DE MAMA: BIOPSIA CON AGUJA GRUESA
<ul style="list-style-type: none">• TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR:<ul style="list-style-type: none">◦ CARCINOMA DUCTAL INFLTRANTE◦ CARCINOMA LOBULLILAR INFLTRANTE◦ CARCINOMA DUCTAL IN SITU◦ CARCINOMA LOBULLILAR IN SITU◦ OTROS #520[CLASIFICACION OMS#]• GRADO HISTOLOGICO<ul style="list-style-type: none">◦ Formación de Tubulos: #521[FORMACION DE TUBULOS#]<ul style="list-style-type: none">↓ Más del 75% 1↓ Del 10 al 75% 2↓ Menos del 10% 3◦ Pleomorfismo Nuclear: #522[PLEOMORFISMO NUCLEAR#]<ul style="list-style-type: none">↓ Nucleos pequeños y regulares: 1↓ Moderado aumento de tamaño 2↓ Marcada variación en tamaño 3◦ Mitosis #531[MITOSIS#]<ul style="list-style-type: none">↓ 1. Menos de 10 (25x) o de 0 a 5 (40x)↓ 2. De 10 a 20 (25x) o de 0 a 10 (40x)↓ 3. Más de 20 (25x) o más de 10 (40x)◦ GRADO #524[GRADO#]<ul style="list-style-type: none">↓ La suma de las tres variables nos indica el grado↓ De 2 a 5 puntos Grado I↓ De 6 a 7 puntos Grado II↓ De 8 a 9 puntos Grado III• INVASION VASCULAR/LINFATICA:<ul style="list-style-type: none">◦ Ausente◦ Presente• CARCINOMA DUCTAL IN SITU:<ul style="list-style-type: none">◦ SI<ul style="list-style-type: none">• TIPO HISTOLOGICO:<ul style="list-style-type: none">◦ De tipo Cribriforme◦ De tipo Sólido◦ De tipo Papilar◦ Con extensión a lobulillos mamarios (Cancerización Lobulillar)◦ De tipo Microcapilar◦ De tipo Comedocarcinoma• GRADO NUCLEAR:<ul style="list-style-type: none">◦ Grado nuclear BAJO (1/3)◦ Grado nuclear MEDIO (2/3)◦ Grado nuclear ALTO (3/3)↓ Grado Bajo: Nucleos 1-5-2; hematios, morfológicos, cromatina fina, escasos↓ Grado medio: (Entre Bajo y Alto)↓ Grado Alto: Pleomorfismo nuclear > 2.5; hematios, cromatina tosca, nucleos◦ NO• NECROSIS ASOCIADA AL CDIS:	<ul style="list-style-type: none">◦ Ausente◦ Puntual◦ Comedo <ul style="list-style-type: none">• CALCIFICACION:<ul style="list-style-type: none">◦ Ausente◦ Presente en tejido benigno◦ Presente en componente in situ◦ Presente en componente infiltrante• NECROSIS EN EL TUMOR INFLTRANTE:<ul style="list-style-type: none">◦ Ausente◦ Presente• RECEPTORES DE ESTRÓGENOS<ul style="list-style-type: none">◦ Intensidad: #386[INTENSIDAD ESTROGENOS#]◦ #387[NUMBER#] % de células teñidas◦ Desconocido◦ Clon #532[CLON#]◦ Negativo• RECEPTORES PROGESTERONA<ul style="list-style-type: none">◦ Intensidad: #388[INTENSIDAD PROGESTERONAR#]◦ #389[NUMBER#] % de células teñidas◦ Desconocido◦ Clon #533[CLON#]◦ Negativo• C-ERBB-2<ul style="list-style-type: none">◦ Immunodetección con Herceptest<ul style="list-style-type: none">• Positivo (3+)↓ Se observa una tinción de membrana completa fuerte en más de un 10% de las células tumorales;• Medio (2+ no IHC)↓ Si se observa una tinción de membrana completa entre débil y moderada en más de un 10% de las c• Negativo (0 o 1+)↓ Si se detecta una tinción de la membrana débil o prácticamente imperceptible en más de un 10%;↓ Si no se observa tinción o la tinción de la membrana se observa en menos de un 10% de las cel◦ FISH<ul style="list-style-type: none">• Amplificado• No amplificado• Otros• No efectuado• CATEGORÍA BAG:<ul style="list-style-type: none">◦ B1- Normal o no interpretable◦ B2- Benigna◦ B3- Benigna de potencial biológico incierto◦ B4- Sospechosa de malignidad

¿CÓMO RECOJO LA INFORMACIÓN?

Tipos de Informes

- Informe vinculado a otras Bases de datos/Informe propiedad exclusiva del generador
 - ❑ Registros de Cáncer/Biobancos
 - ❑ Historia clínica electrónica

PROTOSCOLOS DIAGNOSTICO (08B0001708)

Muestras/Protocolos

A B MAMA - TUMORECTOMIA

CARCINOMA DE MAMA: PIEZA QUIRURGICA

Mostrar sólo los protocolos utilizados

Localizar

Códigos

Expandir Introducir Opciones de Variables al Finalizar Múltiples Columnas

R 0010 LOCALIZACIÓN:

1630 ● Mama

1640 ● Derecha, #434|LOCALIZACIÓN#

1650 ● Izquierda, #435|LOCALIZACIÓN#

0015 PIEZA O PROCEDIMIENTO: #438|PIEZA O PROCEDIMIENTO#

0060 TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR:

0061 ● CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE

0062 ● CARCINOMA LOBULLAR INFILTRANTE

0063 ● CARCINOMA DUCTAL IN SITU

0064 ● CARCINOMA LOBULLAR IN SITU

0065 ● OTROS #489|CLASIFICACION OMS#

0070 DISTRIBUCIÓN DEL TUMOR:

0080 ● Único

0090 ● Múltiple

0100 MEDIDAS DEL TUMOR INFILTRANTE:

0110 ● No puede ser medido

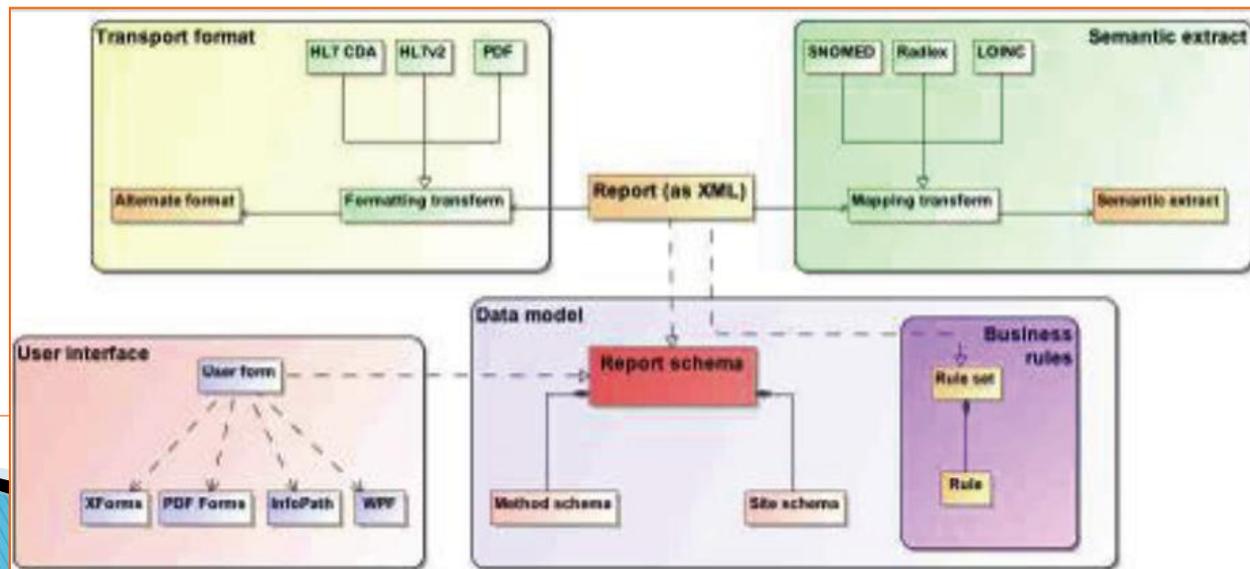
0120 ● Tres dimensiones: #486|NUMERO# x #487|NUMERO# x #488|NUMERO# (cm)

0130 ● Diámetro mayor: #489|NUMERO# (cm)

FORMA IDÓNEA DE MANEJAR LA INFORMACIÓN

- ▶ Sistema informático para elaborar los informes de Patología, lo más uniforme posible
 - Utilizar una lista con variables categóricas (check-list)
 - Permitir la entrada de datos numéricos (medidas)
 - TNM automático por el sistema
 - Simplicidad y rapidez
 - Copyright
- ▶ Conexión automática con Registros del Cáncer
 - Actualización de la información

M. Mason, 2014



¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN?

▶ El valor de los informes sinópticos

[Virchows Arch.](#) 2016 Jun;468(6):639-49. doi: 10.1007/s00428-016-1935-8. Epub 2016 Apr 21.

The effects of implementing synoptic pathology reporting in cancer diagnosis: a systematic review.

[Sluijter CE](#)^{1,2}, [van Lonkhuijzen LR](#)³, [van Slooten HJ](#)^{4,5}, [Nagtegaal ID](#)^{6,4}, [Overbeek LJ](#)⁴.

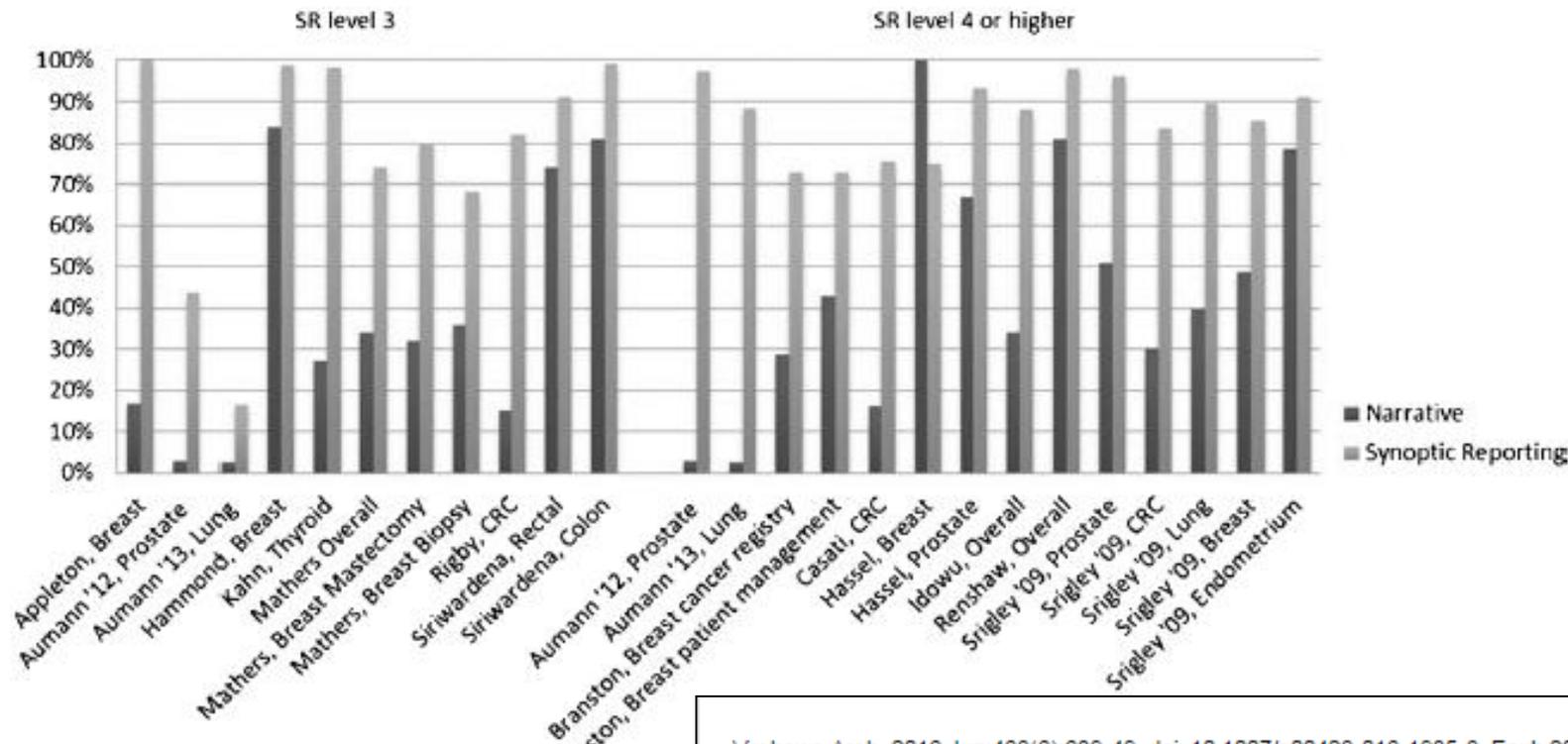
⊕ Author information

Abstract

Pathology reporting is evolving from a traditional narrative report to a more structured synoptic report. Narrative reporting can cause misinterpretation due to lack of information and structure. In this systematic review, we evaluate the impact of synoptic reporting on completeness of pathology reports and quality of pathology evaluation for solid tumours. Pubmed, Embase and Cochrane databases were systematically searched to identify studies describing the effect of synoptic reporting implementation on completeness of reporting and quality of pathology evaluation of solid malignant tumours. Thirty-three studies met the inclusion criteria. All studies, except one, reported an increased overall completeness of pathology reports after introduction of synoptic reporting (SR). Most frequently studied cancers were breast (n = 9) and colorectal cancer (n = 16). For breast cancer, narrative reports adequately described 'tumour type' and 'nodal status'. Synoptic reporting resulted in improved description of 'resection margins', 'DCIS size', 'location' and 'presence of calcifications'. For colorectal cancer, narrative reports adequately reported 'tumour type', 'invasion depth', 'lymph node counts' and 'nodal status'. Synoptic reporting resulted in increased reporting of 'circumferential margin', 'resection margin', 'perineural invasion' and 'lymphovascular invasion'. In addition, increased numbers of reported lymph nodes were found in synoptic reports. Narrative reports of other cancer types described the traditional parameters adequately, whereas for 'resection margins' and '(lympho)vascular/perineural invasion', implementation of synoptic reporting was necessary. Synoptic reporting results in improved reporting of clinical relevant data. Demonstration of clinical impact of this improved method of pathology reporting is required for successful introduction and implementation in daily pathology practice.

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN?

► El valor de los informes sinópticos



[Virchows Arch](https://doi.org/10.1007/s00428-016-1935-8), 2016 Jun;468(6):639-49. doi: 10.1007/s00428-016-1935-8. Epub 2016 Apr 21.

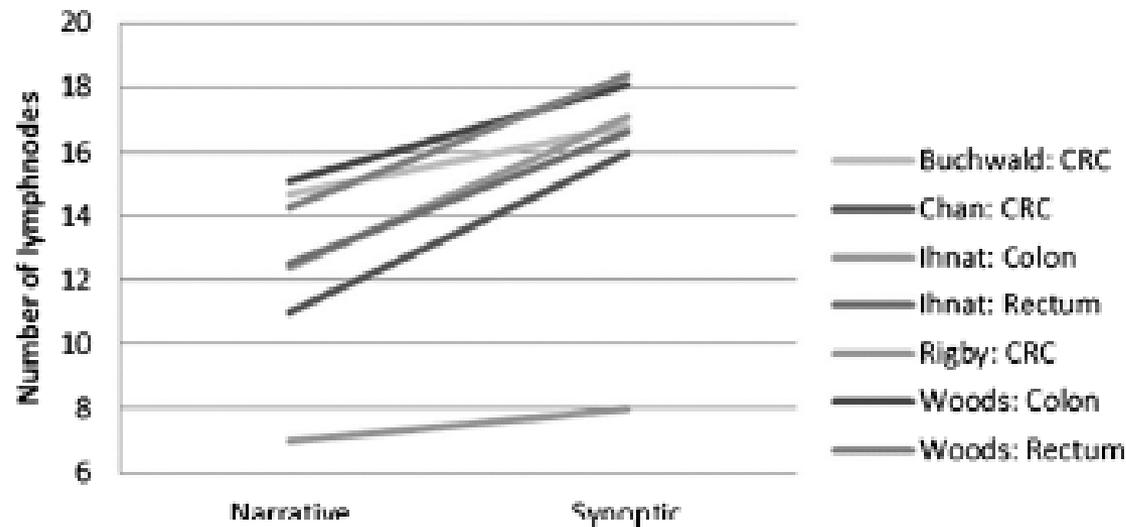
13/14 estudios demuestran una mejora de la Calidad de los datos recogidos en Informe sinóptico respecto al literal, independientemente del tipo de Cáncer estudiado

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN?

► El valor de los informes sinópticos

[Virchows Arch. 2016 Jun;468\(6\):639-49. doi: 10.1007/s00428-016-1935-8. Epub 2016 Apr 21.](https://doi.org/10.1007/s00428-016-1935-8)

c Mean number of lymph nodes resected



13/14 estudios demuestran una mejora en la recogida de datos en los informes sinópticos (Ejemplo: Número de ganglios en cáncer de colon)

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN?

▶ Estrategias para implementar los Informes Sinópticos

- ▶ Auditorías clínicas, que controlen el uso de IS
- ▶ Cursos para el manejo y cumplimentación de IS
- ▶ IS revisados, ligados a la información oncológica más relevante (Guías clínicas)
- ▶ Manejo de «notas adicionales» propias del patólogo
- ▶ Estímulo económico ligado al uso de IS
- ▶ Combinación de varias

¿CUÁL ES LA REALIDAD?

- Todavía quedan muchos servicios sin informatizar
 - Administrativos que rellenan los informes dictados
 - Sin sistemas de codificación estandarizada
- Hay pocos sistemas informáticos que ligen la información a sistemas automatizados de estadiaje
- Hay pocos sistemas informáticos ligados a Registros del Cáncer



Improving the TNM classification: Findings from a 10-year continuous literature review

Colleen Webber^{1,2}, Mary Gospodarowicz³, Leslie H. Sobin⁴, Christian Wittekind⁵, Frederick L. Greene⁶, Malcolm D. Mason⁷, Carolyn Compton^{8,9}, James Brierley³ and Patti A. Groome^{1,2}

¹Division of Cancer Care and Epidemiology, Queen's Cancer Research Institute, Queen's University, Kingston, ON, Canada

²Department of Public Health Sciences, Queen's University, Kingston, ON, Canada

³Radiation Medicine Program, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, ON, Canada

⁴Cancer Human Biobank, National Cancer Institute, Frederick National Laboratory for Cancer Research, Rockville, MD

⁵Institute of Pathology, University of Leipzig, Leipzig, Germany

⁶University of North Carolina School of Medicine, Charlotte, NC

⁷School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, United Kingdom

⁸American Joint Committee on Cancer, Chicago, IL

⁹College of Health Solutions, School of the Science of Healthcare Delivery, Arizona State University, Phoenix, AZ

¿Cómo controlamos la calidad del Informe Oncológico?

El resultado de un Estadiaje insuficiente o pobre provoca

- Un exceso en los cuidados (tests innecesarios, medicaciones o procedimientos quirúrgicos innecesarios, con sus complicaciones y riesgos)
- Cuidados insuficientes (evitando cirugías necesarias)
- Cuidados equivocados (técnicas quirúrgicas no indicadas, tratamientos no indicados)

Breast. 2015 Jan 5. pii: S0960-9776(14)00223-9. doi: 10.1016/j.breast.2014.12.004. [Epub ahead of print]

Quality of pathology reporting is crucial for cancer care and registration: A baseline assessment for breast cancers diagnosed in Belgium in 2008.

De Schutter H¹, Van Damme N², Colpaert C³, Galant C⁴, Lambein K⁵, Cornelis A⁶, Neven P⁷, Van Eycken E².

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVES: Given the crucial role of pathology reporting in the management of breast cancers, we aimed to investigate the quality and variability of breast cancer pathology reporting in Belgium.

MATERIALS AND METHODS: Detailed information on non-molecular and molecular parameters was retrieved from the pathology protocols available at the Belgian Cancer Registry for 10,007 breast cancers diagnosed in Belgium in 2008.

RESULTS: Substantial underreporting was shown for several clinically relevant non-molecular parameters, such as lymphovascular invasion.

¿Cómo controlamos la calidad del Informe Oncológico?

“Para promover la colaboración en la investigación oncológica y facilitar la comparación de datos en los diferentes estudios clínicos, se recomienda utilizar junto al TNM las siguientes clasificaciones internacionales:

- ❑ WHO International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), 3rd edition. (La próxima versión, que llegará en 2017, incorporará el Estadiaje TNM)
- ❑ Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED)
- ❑ CAP Cancer Protocols
- ❑ Collaborative Stage Data Collection System

¿Hacia dónde caminamos?

- Uso de programas con informes sinópticos en web

[J Pathol Inform.](#) 2017 Mar 10;8:13. doi: 10.4103/jpi.jpi_91_16. eCollection 2017.

Performance of a Web-based Method for Generating Synoptic Reports.

[Renshaw MA](#)¹, [Renshaw SA](#)², [Mena-Allauca M](#)³, [Carrion PP](#)⁴, [Mei X](#)⁴, [Narciandi A](#)⁴, [Gould EW](#)⁵, [Renshaw AA](#)⁶.

⊕ Author information

Abstract

CONTEXT: The College of American Pathologists (CAP) requires synoptic reporting of all tumor excisions.

OBJECTIVE: To compare the performance of different methods of generating synoptic reports.

METHODS: Completeness, amendment rates, rate of timely ordering of ancillary studies (KRAS in T4/N1 colon carcinoma), and structured data file extraction were compared for four different synoptic report generating methods.

RESULTS: Use of the printed tumor protocols directly from the CAP website had the lowest completeness (84%) and highest amendment (1.8%) rates. Reformatting these protocols was associated with higher completeness (94%, $P < 0.001$) and reduced amendment (1%, $P = 0.20$) rates. Extraction into a structured data file was successful 93% of the time. Word-based macros improved completeness (98% vs. 94%, $P < 0.001$) but not amendment rates (1.5%). KRAS was ordered before sign out 89% of the time. In contrast, a web-based product with a reminder flag when items were missing, an embedded flag for data extraction, and a reminder to order KRAS when appropriate resulted in improved completeness (100%, $P = 0.005$), amendment rates (0.3%, $P = 0.03$), KRAS ordering before sign out (100%, $P = 0.23$), and structured data extraction (100%, $P < 0.001$) without reducing the speed ($P = 0.34$) or accuracy ($P = 1.00$) of data extraction by the reader.

CONCLUSION: Completeness, amendment rates, ancillary test ordering rates, and data extraction rates vary significantly with the method used to construct the synoptic report. A web-based method compares favorably with all other methods examined and does not reduce reader usability.

¿Hacia dónde caminamos?

- Incorporar predictores de la respuesta a determinada QT o tratamiento biológico
 - Programas de adyuvancia “on-line” basados en varios parámetros
 - Validados para mama-colon-próstata

The screenshot shows the National Cancer Institute website. The header includes the NCI logo, the text "National Cancer Institute", and "at the National Institutes of Health | www.cancer.gov". Below the header is a dark green navigation bar with the text "EPIDEMIOLOGY AND GENOMICS RESEARCH" and "In NCI's Division of Cancer Control and Population Sciences". A search bar labeled "Search EGRP:" is on the right. Below the navigation bar is a horizontal menu with items: "EGRP Home", "About the Program", "Research Interests", "Research Resources", "Funding & Grants", and "EGRP News". The main content area is divided into two columns. The left column is titled "Cancer Risk Prediction and Assessment" and has a sub-menu with "Overview", "Key Risk Prediction & Assessment Publications", and "Risk Prediction Workshop 2004". The right column is titled "Breast Cancer Risk Prediction Models" and contains a list of links: "Absolute Risk Prediction Models", "Gene Carrier Status Risk Prediction Models", "Risk Prediction Models of Women at High Risk", and "Other Online Risk Assessment Tools and Calculators". Below this list is a paragraph of text: "The following risk prediction models are intended primarily for research use and have been peer-reviewed, meaning the methodology and results of these models have been evaluated by qualified scientists and clinicians and published in scientific and medical journals." This is followed by a sub-section "Absolute Risk Prediction Models" with a paragraph of text: "Absolute cancer risk is the probability that an individual with given risk factors and a given age will develop cancer over a defined period of time. Examples of these risk factors include race, age, sex, genetics, body mass index, family history of cancer, history of tobacco use, use of aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), physical activity, use of hormone replacement therapy, reproductive factors, history of cancer screening, and dietary factors." Another paragraph follows: "Developing statistical models that estimate the probability of developing cancer over a defined period of time will help clinicians identify individuals at higher risk of specific cancers, allowing for earlier or more frequent screening and counseling of behavioral changes to decrease risk. These types of models also will be useful for designing future chemoprevention and screening intervention trials in individuals at high risk of specific cancers in the general population." Below this is a sub-section "Models with Associated Websites" with a list of references: "Matsuno RK, Costantino JP, Ziegler RG, et al. [Projecting individualized absolute invasive breast cancer risk in Asian and Pacific Islander American women](#). *J Natl Cancer Inst.* Jun 22 2011;103(12):951-961." "Asian Pacific Islander American Women Breast Cancer Risk Assessment Tool". "Gail MH, Costantino JP, Pee D, Bondy M, Newman L, Selvan M, Anderson GL, Malone KE, Marchbanks PA, McCaskill-Stevens W, Norman SA, Simon MS, Spirtas R, Ursin G, Bernstein L. [Projecting individualized absolute invasive breast cancer risk in African American women](#). *J Natl Cancer Inst.* 2007 Dec 5;99(23):1782-92." "All articles citing this model". "CARE Model: Breast Cancer Risk Assessment Tool for African American Women". "Barlow WE, White E, Ballard-Barbash R, Vacek PM, Titus-Ernstoff L, Carney PA, Tice JA, Buist DS, Geller BM, Rosenberg R, Yankaskas BC."

NUESTRA EXPERIENCIA

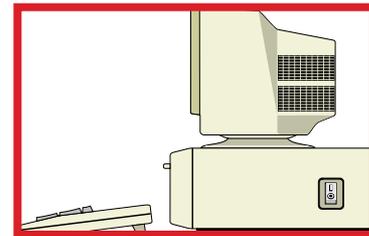
PROTOSCOLOS ONCOLÓGICOS en la Comunidad Valenciana Versión Informática en PATWIN 3.0

1.-MAMA (BAG) (2007)

2.-MAMA-PIEZA QUIRÚRGICA (2007)

3.-MELANOMA CUTÁNEO (2009)

CÁNCER DE MAMA



POCV
Plan Oncológico
Comunidad Valenciana

Oncoguía de mama
Comunidad Valenciana

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

C. INFORME ANATOMIA PATOLOGICA

INFORME ANATOMOPATOLOGICO PROTOCOLIZADO: BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG).

(Consultar notas aclaratorias al Informe y Clasificación OMS en documentos anexos)

DATOS DE IDENTIFICACION PACIENTE

Nº SIP
NHC.
Nombre
Apellidos
Fecha nacimiento
Sexo

DATOS CLINICOS DE INTERES [1]

DATOS DE LA MUESTRA
DATOS IDENTIFICACION BIOPSIA
Nº de muestra
Fecha obtención
Servicio
Médico
Fecha registro

MÉTODO DE DETECCIÓN (Datos procedentes de la solicitud)

Desconocido
Masa Palpable
Calcificaciones en mamografía
Masa en mamografía
Distorsión arquitectural en mamografía
Otros

LOCALIZACIÓN:

Mama D,
Mama I
Cuadrante Supero Externo
Cuadrante Supero Interno
Cuadrante Infero Externo
Cuadrante Infero Interno
Retroaxilar
Otros especificar

DESCRIPCION MACROSCOPICA

TIPO HISTOLÓGICO (Clasificación OMS, ver anexo)
GRADO HISTOLÓGICO4 (Nottingham o especificar si otro. Ver Anexo)
Formación de Túbulos (1,2,3)
Pleomorfismo Nuclear (1,2,3)
Mitosis (1,2,3)
Grado (I, II,III)

INVASIÓN VASCULAR/LINFATICA [2]

Ausente
Presente

CARCINOMA DUCTAL IN SITU (CDIS)

Ausente
Presente

GRADO NUCLEAR DEL CDIS (sobre 3)

NECROSIS ASOCIADA AL CDIS

Ausente
Puntual
Comedo

CARCINOMA INFILTRANTE EN RELACIÓN AL CARCINOMA IN SITU

Ausente
Presente

CALCIFICACIÓN

Ausente
Presente en tejido benigno
Presente en el Carcinoma in situ
Presente en el Carcinoma infiltrante

NECROSIS EN EL TUMOR INFILTRANTE

Ausente
Presente

TEJIDO MAMARIO RESTANTE

Sin alteraciones histológicas relevantes
Con alteraciones (especificar)

PATWIN: BIOPSIA AGUJA GRUESA

Informe sinóptico

PROTOCOLO DIAGNOSTICO: CARCINOMA DE MAMA: BIOPSIA CON AGUJA GRUESA

TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR:

- CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE
- CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE
- CARCINOMA DUCTAL IN SITU
- CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU
- OTROS:#520|CLASIFICACION OMS#

GRADO HISTOLOGICO

- Formación de Túbulos: #521|FORMACIÓN DE TUBULOS#

Mas del 75% 1

Del 10 al 75% 2

Menos del 10% 3

- Pleomorfismo Nuclear:#522|PLEOMORFISMO NUCLEAR#

Núcleos pequeños y regulares 1

Moderado aumento de tamaño 2

Marcada variación en tamaño 3

- Mitosis:#531|MITOSIS#

1; Menos de 10 (25x) o de 0 a 5 (40x)

2; De 10 a 20 (25x) o de 6 a 10 (40x)

3; Más de 20 (25x) o más de 10 (40x)

- GRADO:#524|GRADO#

La suma de las tres variables nos indica el grado

De 3 a 5 puntos Grado I

De 6 a 7 puntos Grado II

De 8 a 9 puntos Grado III

INVASIÓN VASCULAR/LINFATICA:

- Ausente
- Presente

CARCINOMA DUCTAL IN SITU:

- SI

TIPO HISTOLÓGICO:

- De tipo Cribiforme
- De tipo Sólido
- De tipo Papilar
- Con extensión a lobulillos mamarios (Cancerización Lobulillar)
- De tipo Micropapilar
- De tipo Comedocarcinoma

GRADO NUCLEAR:

- Grado nuclear BAJO (1/3)
- Grado nuclear MEDIO (2/3)
- Grado nuclear ALTO (3/3)

Grado Bajo: Núcleos 1.5-2 hematíes, monótonos, cromatina fina, escasos nucleolos

Grado medio: (Entre Bajo y Alto)

Grado Alto: Pleomorfismo nuclear > 2.5 hematíes, cromatina tosca, nucleolos múltiples

- NO

NECROSIS ASOCIADA AL CDIS:

PROTOCOLO DIAGNOSTICO: CARCINOMA DE MAMA: BIOPSIA CON AGUJA GRUESA

- Ausente
- Puntual
- Comedo

CALCIFICACION:

- Ausente
- Presente en tejido benigno
- Presente en componente in situ
- Presente en componente infiltrante

NECROSIS EN EL TUMOR INFILTRANTE:

- Ausente
- Presente

RECEPTORES DE ESTRÓGENOS

- Intensidad: #386|INTENSIDAD ESTROGENOS#
- #387|NUMERO# % de células teñidas
- Desconocido
- Clon #532|CLON#
- Negativo

RECEPTORES PROGESTERONA

- Intensidad #388|INTENSIDAD PROGESTORONA#
- #389|NUMERO# % de células teñidas
- Desconocido
- Clon #533|CLON#
- Negativo

C-ERBB-2

- Inmuntinción con Herceptest

- Positivo (3+)

Se observa una tinción de membrana completa fuerte en más de un 10% de las células tumorales.

- Medio (2+ no indt)

Se observa una tinción de membrana completa entre débil y moderada en más de un 10% de las células tumorales.

- Negativo (0 ó 1+)

1, Se detecta una tinción de la membrana débil o prácticamente imperceptible en más de un 10% de las células tumorales.

0, No se observa tinción o la tinción de la membrana se observa en menos de un 10% de las células tumorales.

- Clon #477|CLON#

FISH

- Amplificado
- No amplificado
- Otros
- No efectuado

CATEGORÍA BAG:

- B1- Normal o no interpretable
- B2- Benigna
- B3- Benigna de potencial biológico incierto
- B4- Sospechosa de malignidad

PATWIN: MAMA PIEZA QUIRÚRGICA

Informe digital

Estudios Herramientas

Datos del Paciente
NHC [Redacted]
Nombre [Redacted]
Apellido [Redacted]

Datos del Estudio
Nº Estudio: **08B0001708** Tipo Estudio: **BIOPSIAS** Estado: **MICROSCOPI** Fecha Registro: **04/02/2008**

Muestras
[A]B MAMA - TUMORECTOMIA [Modificar]
[Nueva]
[Borrar]
Total de muestras: 1

Opciones
Cambiar Estudio
Texto Estándar
Protocolo Estándar
Editar Informe
Imprimir Informe
Salir

Macro Bloques Micro Inf. Final Est. Anteriores

Datos clínicos

Diagnóstico
Descripción del Diagnóstico

Snomed
BIOPSIAS Nº Estudio: 08B0001708
[A] T04000 MAMA, NE
[Not. Adicionales]
[Buscar Snomed]
[Borrar Snomed]

Notas
Fecha Micro: 06/02/2008

PATWIN: MAMA PIEZA QUIRÚRGICA

PROTOS DIAGNOSTICO (08B0001 708)

Muestras/Protocolos

A B MAMA - TUMORECTOMIA

CARCINOMA DE MAMA: PIEZA QUIRURGICA

Mostrar sólo los protocolos utilizados

Localizar

Códigos

Expandir Introducir Opciones de Variables al Finalizar Multiples Columnas Aceptar

R	0010	LOCALIZACIÓN:
	1630	● Mama
	1640	● Derecha, #434 LOCALIZACIÓN#
	1650	● Izquierda, #435 LOCALIZACIÓN#
	0015	PIEZA O PROCEDIMIENTO: #438 PIEZA O PROCEDIMIENTO#
	0060	TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR:
	0061	● CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE
	0062	● CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE
	0063	● CARCINOMA DUCTAL IN SITU
	0064	● CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU
	0065	● OTROS: #485 CLASIFICACION OMS#
	0070	DISTRIBUCIÓN DEL TUMOR:
	0080	● Único
	0090	● Múltiple
	0100	MEDIDAS DEL TUMOR INFILTRANTE:
	0110	● No puede ser medido
	0120	● Tres dimensiones: #486 NUMERO# x #487 NUMERO# x #488 NUMERO# (cm)
	0130	● Diámetro mayor: #489 NUMERO# (cm)

PATWIN: MAMA PIEZA QUIRÚRGICA

PROTOSCOLOS DIAGNOSTICO (08B0001708)

Muestras/Protocolos

A B MAMA - TUMORECTOMIA
CARCINOMA DE MAMA: PIEZA QUIRURGICA

LOCALIZACIÓN: Mama Derecha, Cuadrante Superior Interno
PIEZA O PROCEDIMIENTO: Mastectomía
TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR: CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE
DISTRIBUCIÓN DEL TUMOR: Múltiple

Mostrar sólo los protocolos utilizados

Localizar
Códigos: 0010+1630+1640+0015+0060+0062+00

Expandir Introducir Opciones de Variables al Fin

Rellenar variables

Respuesta seleccionada
Tres dimensiones: #486|NUMERO# x #487|NUMERO# x #488|NUMERO# (cm)³
** En negrita la variable que hay que introducir.*

Introduzca el valor de la variable

Aceptar Cancelar

0010	LOCALIZACIÓN:
1630	Mama
1640	Derecha, #434 LOCALIZACIÓN
1650	Izquierda, #435 LOCALIZACIÓN
0015	PIEZA O PROCEDIMIENTO: #438 PIEZA
0060	TIPO HISTOLOGICO DE TUMOR:
0061	CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE
0062	CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE
0063	CARCINOMA DUCTAL IN SITU
0064	CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU
0065	OTROS: #485 CLASIFICACION OMS#
0070	DISTRIBUCIÓN DEL TUMOR:
0080	Único
0090	Múltiple
0100	MEDIDAS DEL TUMOR INFILTRANTE:
0110	No puede ser medido
0120	Tres dimensiones: #486 NUMERO# x #487 NUMERO# x #488 NUMERO# (cm)
0130	Diámetro mayor: #489 NUMERO# (cm)

PATWIN: MAMA PIEZA QUIRÚRGICA

Informe definitivo en formato texto

Diagnóstico:

LOCALIZACIÓN: Mama Derecha, Cuadrante Superior Interno

PIEZA O PROCEDIMIENTO: Mastectomía

TIPO HISTOLÓGICO DE TUMOR: CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE

DISTRIBUCIÓN DEL TUMOR: Múltiple

MEDIDAS DEL TUMOR INFILTRANTE: Tres dimensiones: 2 x 1 x 1 (cm)

Diámetro mayor: 2 (cm)

GRADO HISTOLÓGICO

Formación de Túbulo 2

Pleomorfismo Nuclear 2

Mitosis 1

GRADO I

CARCINOMA DUCTAL IN SITU

NO

INVASIÓN VASCULAR/LINFÁTICA: Ausente

CALCIFICACION: Ausente

BORDES DE RESECCIÓN DEL TUMOR INFILTRANTE: Libres

Distancia (en mm.) del tumor al borde más próximo: 40

NECROSIS EN EL TUMOR INFILTRANTE: Ausente

PEZON: Libre de tumor

PIEL: Libre de tumor

MUSCULO ESQUELÉTICO: Ausente en la muestra

RESTO DE TEJIDO MAMARIO: Sin alteraciones histológicas relevantes

GANGLIOS CENTINELA

No realizado

LINFADENECTOMIA AXILAR: Libre de tumor. Se aislan 15 ganglios linfáticos

RECEPTORES DE ESTRÓGENOS

30 % de células teñidas

RECEPTORES PROGESTERONA

20 % de células teñidas

C-ERBB-2

Immunotinción con Herceptest Negativo (0 ó 1+)

FISH No efectuado

pTNM

pT1: Tumor de diámetro máximo igual o menor a 2cm.

pT1c: Mayor de 1 cm y NO superior a 2 cm

pN0: Ausencia de metástasis en los ganglios axilares

T04000 MAMA, HE

M85203 CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE

PROTOCOLOS ACTIVOS (2012)

P. mama: 11/22
 P. melanoma: 5/22

		Versión Instalada	Protocolo mama	Protocolo Melanoma	Acceso desde Sa Públic
HOSPITALES INFOPAT					
1	Hospital Arnau de Villanova	4.0	SI	SI	
2	Hospital Clínico Universitario	4.0	SI	SI	SI
3	Hospital de Requena	3.4.1		SI	
4	Hospital de Vinaroz	4.0		SI	
5	Hospital de Xàtiva	4.0	SI	SI	
6	Hospital Doctor Peset	4.0	SI	SI	SI
7	Hospital Francesc de Borja Gandia	3.4.1	SI	SI	
8	Hospital General de Alicante	4.0	SI	SI	
9	Hospital General de Castellón	4.0		SI	
10	Hospital General de Elche	4.0	SI	SI	SI
11	Hospital General de Villajoyosa	3.4.0		NO	
12	Hospital La Fe	4.0	SI	SI	
13	Hospital San Juan	4.0		SI	
14	Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy	4.0	SI	SI	SI
15	Hospital de Elda	4.0			
HOSPITALES NO INFOPAT					
1	Hospital de La Plana	4.0	SI	SI	SI
2	Hospital General de Valencia	4.0			
3	Hospital San Jaime	3.4.0			
4	La Ribera			SI	
5	Manises				
6	Sagunto				
7	Provincial de Castellón				

OBJETIVOS 2012-15

- Incluir en Patwin Protocolos oncológicos digitales para la patología más prevalente (toda la Comunidad Valenciana)

PRIORIDAD	PROTOCOLOS	Tipo Protocolo	Traducción	Pasar formato excel	CODIFICACION
1	Colon y Recto	Protocolo Oncoguia		X	Finalizado
1	Mama	Protocolo Oncoguia		X	Finalizado
1	Melanoma	Protocolo Oncoguia		X	Finalizado
1	Próstata	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Pulmón	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Uréter/ Pelvis Renal/Uretra	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Vejiga	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Cuello útero	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Ovario	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Endometrio	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
1	Linfomas Hodgkin/LNH/MO	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado
2	Estomago	Protocolo CAP	Finalizado	X	Finalizado

OBJETIVOS 2012-15

- Los protocolos deben cumplir los siguientes requisitos
 - formularios en los que el usuario seleccione una opción (casilla, botón de opción, listas de valores, etc), de forma amigable y claramente entendible por el patólogo.
 - Por detrás, sin que el patólogo lo aprecie, cada opción seleccionada se asociará al código SNOMED CT correspondiente.
 - Codificación de las preguntas y la respuesta
 - Resultado amigable y de fácil comprensión para el clínico

Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España. 2013

PROCOLOS CAP: Ventajas detectadas

[Arch Pathol Lab Med](#).2000 Jan;124(1):13-6. **Protocols for the examination of tumors of diverse sites: introduction. Cancer committee of the College of American Pathologists.**
[Hammond ME](#), [Compton CC](#).

1. Ya elaborados, y con Consenso Internacional
 - Años de experiencia
 - Actualización periódica
 - Alta calidad (Programas de Calidad en EEUU)
2. Permite incorporación directa de toda la Patología Oncológica a la Base de Datos propia, en formato XML
3. Codificación en SNOMED-CT

OBJETIVOS 2012-15

- ❑ Traducción, codificación y simplificación de epígrafes de cada protocolo
- ❑ Inserción en programa informático corporativo Patwin, con Codificación de preguntas y respuestas
 - ❑ Formato amigable para el informe en pdf
 - ❑ Formato amigable de cumplimentación
- ❑ Envío de datos de todas las variables a Registro de Cáncer y Biobanco
- ❑ Educación de los patólogos en el manejo de los nuevos protocolos

PROTOCOLOS CAP

Traducción y Codificación

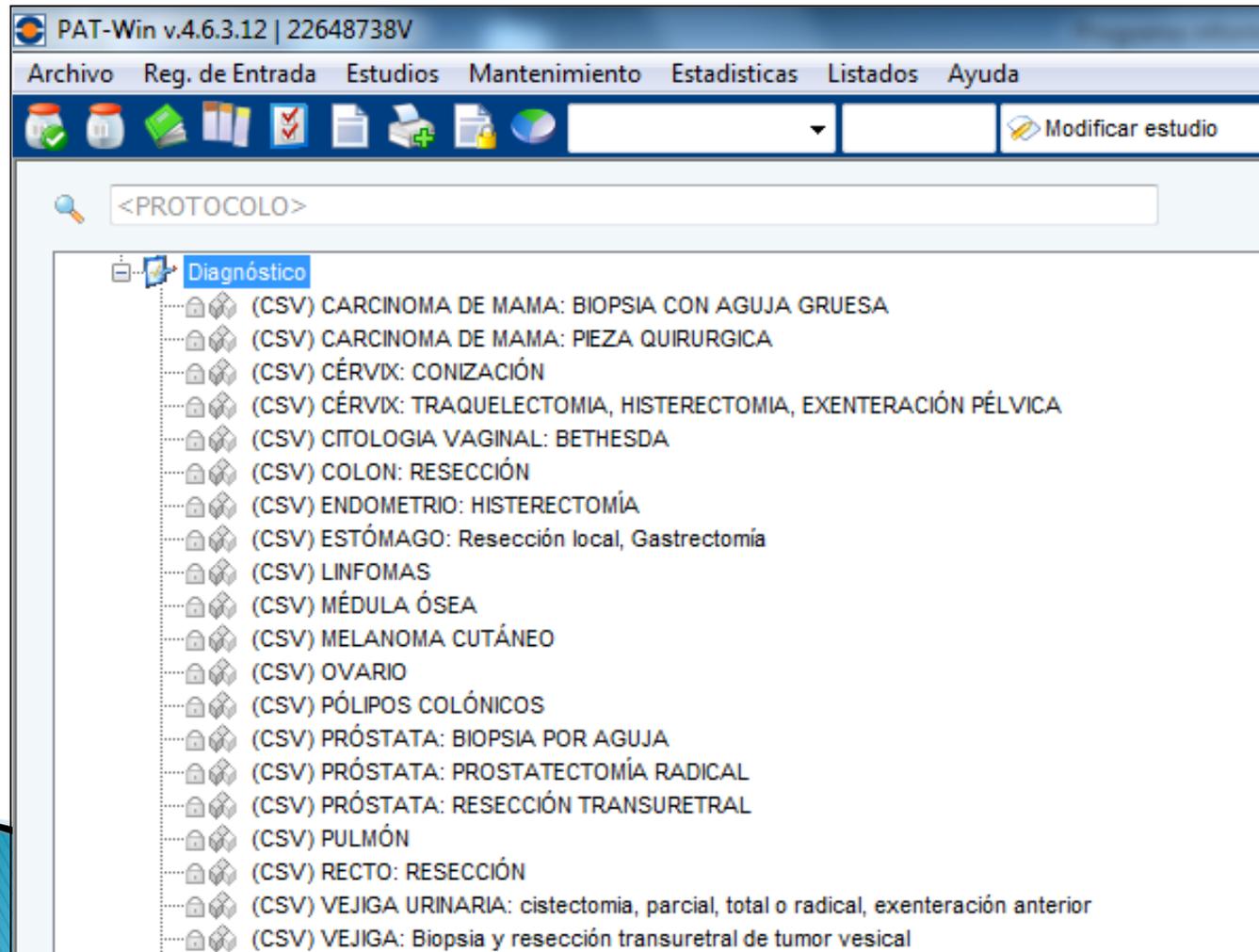
		PRÓSTATA: PROSTATECTOMÍA RADICAL	2826826013	406077007	Plantilla de Protocolo de Infor
NIVEL	eccd_titulo	Título traducido	SNOMED CT (descriptor)	SNOMED CT	
0	*	HALLAZGOS MACROSCÓPICOS			sin codificar
1	*Tumor Site	Ubicación del tumor	1848269013	399687005	localización de tumor primario
2	*Prostatic structure	Estructura prostática	1148016010	181422007	próstata
0	SPECIMEN	MUESTRA	1124036012	123038009	espécimen
1	Procedure (Note G)	Procedimiento	1642608017	387713003	procedimiento quirúrgico
2	Radical prostatectomy	Prostatectomía Radical	908285013	26294005	prostatectomía radical
2	Other (specify)	Otro:			
2	Not specified	No especificado	2780723012	430304001	espécimen obtenido de lugar co
1	Prostate Size (Note G)	Tamaño de la Pieza	1323168014	249606000	tamaño de la próstata
2	Weight (g)	Peso (g)	1425516014	371506001	peso del espécimen
2	Size (cm)	Tamaño (cm)	1425514012	371475003	tamaño del espécimen
2	Size (cm)	Tamaño (cm)	1425514012	371475003	tamaño del espécimen
2	Size (cm)	Tamaño (cm)	1425514012	371475003	tamaño del espécimen
1	Lymph Node Sampling (Note G)	Muestreo de Ganglios linfáticos	2700842016	258589002	muestra obtenida de ganglio
2	No lymph nodes present	Ausencia de ganglios linfáticos	1425891014	373067005	no
2	Pelvic lymph node dissection	Disección de ganglios pélvicos	1615233014	234260000	obtención de muestra de
0	TUMOR	HALLAZGOS MICROSCÓPICOS	1828696011	399068003	tumor maligno de próstata
1	Histologic Type (Note A)	TIPO HISTOLÓGICO	1814239016	371441004	tipo histológico
2	Adenocarcinoma (acinar, not otherwise spe	Adenocarcinoma (acinar, NOS)	931645018	35917007	adenocarcinoma
2	Prostatic duct adenocarcinoma	Adenocarcinoma de ductos prostáti	1045401016	82711006	adenocarcinoma ductal
2	Mucinous (colloid) adenocarcinoma	Adenocarcinoma mucinoso (coloide	1020639010	72495009	adenocarcinoma mucinoso
2	Signet-ring cell carcinoma	Carcinoma de células en anillo de se	1057415012	87737001	carcinoma de células en anillo de
2	Adenosquamous carcinoma	Carcinoma adenoescamoso	988673012	59367005	carcinoma adenoescamoso
2	Small cell carcinoma	Carcinoma de célula pequeña	1025182013	74364000	carcinoma microcítico
2	Sarcomatoid carcinoma	Carcinoma sarcomatoide	900580018	23109009	carcinoma pseudosarcomatoso
2	Undifferentiated carcinoma, not otherwise	Carcinoma indiferenciado, NOS	938037015	38549000	carcinoma indiferenciado
2	Other (specify)	Otro:			
1	Histologic Grade (Note B)	GRADO HISTOLÓGICO (Patrón de Gleason)	1498888019	384996006	patrón de Gleason
		(Si hay 3 patrones presentes,			
2	Not applicable	No aplicable	992270012	60815008	grado no determinado
2	Cannot be determined	No puede determinarse	1590203010	384741006	no es posible determinar el

SITUACIÓN ACTUAL

»» ¿objetivos cumplidos?

SITUACIÓN ACTUAL

- 20 Protocolos corporativos oncológicos (CSV, versión 1)



SITUACIÓN ACTUAL

- Formato «amigable» para su cumplimentación

Protocolos de diagnóstico (1780014185)

Protocolos disponibles

- Protocolos
- A) B Histerectomía y doble anexec
- (CSV) CÉRVIX: TRAQUELECT
- (CSV) ENDOMETRIO: HISTERE
- (CSV) OVARIO

(CSV) CÉRVIX: TRAQUELECTOMIA, HISTERECTOMIA, EXENTERACIÓN PÉLVICA (Versión: 1)

Códigos 0000300+0000310+0000320+0000330+0000340+0000350+0000360+0000370+0000380+0000430+0000460+0000510+0000560+000058

HALLAZGOS MACROSCÓPICOS

MUESTRA

- Cérvix
- Cuerpo uterino
- Ovario derecho
- Ovario izquierdo
- Trompa de Falopio derecha
- Trompa de falopio izquierda
- Vagina
- Vejiga urinaria
- Recto
- Otro:
- No especificado

PROCEDIMIENTO

- Traquelectomía
- Histerectomía radical
- Exenteración pélvica
- Otro:
- No especificado

LOCALIZACIÓN TUMORAL

- Cuadrante superior derecho (12 a 3 horas)
- Cuadrante inferior derecho (3 a 6 horas)
- Cuadrante superior izquierdo (6 a 9 horas)
- Cuadrante inferior izquierdo (9 a 12 horas)
- Otro:
- No especificado

HALLAZGOS MICROSCÓPICOS

TIPO HISTOLÓGICO

- Carcinoma epidermoide
 - Queratinizante
 - No queratinizante
 - Otro:
- Adenocarcinoma
 - Mucinoso
 - Tipo endocervical

GRADO HISTOLÓGICO

- No aplicable
- Gx: no se puede determinar
- G1: Bien diferenciado
- G2: Moderadamente diferenciado
- G3: Pobremente diferenciado

Añadir el texto del protocolo a la descripción al cerrar la ventana

Aceptar Cancelar

Protocolos de la muestra
Protocolos por defecto
Protocolos usados en el estudio

SITUACIÓN ACTUAL

- Formato «amigable» de lectura

Sexo: **Mujer** F. Nacim: 30/01/1955 Edad: 62
Médico Solicitante: MAZOUZI, YASMINE SIP:

Servicio de Procedencia: OBSTETRICIA
Remitir a:

HALLAZGOS MACROSCÓPICOS

MUESTRA
Cérvix
Cuerpo uterino
Ovario derecho
Ovario izquierdo
Trompa de Falopio derecha
Trompa de falopio izquierda
Vagina

PROCEDIMIENTO
Histerectomía radical

LOCALIZACIÓN TUMORAL
Otro: no identificada macroscópicamente. Extensión por lado dcho e izdo.

HALLAZGOS MICROSCÓPICOS

TIPO HISTOLÓGICO
Carcinoma epidermoide
Queratinizante

GRADO HISTOLÓGICO
G2: Moderadamente diferenciado

MÁRGENES QUIRÚRGICOS
Márgenes no afectados por carcinoma infiltrante
Distancia del carcinoma infiltrante al margen más próximo: 6 mm
Carcinoma in situ no identificado en el margen distal

INVASIÓN LINFO-VASCULAR
Presente

ESTADIAJE PATOLÓGICO (pTNM)
TUMOR PRIMARIO (pT)
pT1(l): Carcinoma cervical confinado al útero (sin tener en cuenta la extensión a cuerpo)



ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

Histopatológico: Dr.
17B25054:
(CSV) PULMÓN

<input checked="" type="checkbox"/> HALLAZGOS MACROSCÓPICOS	
<input checked="" type="checkbox"/> MUESTRA <input type="radio"/> Lóbulo(s) pulmonar(es) (especificar): LSD	<input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO <input type="radio"/> Lobectomía
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDAD DE LA MUESTRA <input type="radio"/> Intacta	<input checked="" type="checkbox"/> LATERALIDAD DE LA MUESTRA <input type="radio"/> Derecha
<input checked="" type="checkbox"/> LOCALIZACIÓN DEL TUMOR <input checked="" type="checkbox"/> Lóbulo superior	<input checked="" type="checkbox"/> FOCALIDAD TUMORAL <input type="radio"/> Unifocal
<input checked="" type="checkbox"/> HALLAZGOS MICROSCÓPICOS	
<input checked="" type="checkbox"/> TIPO HISTOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Adenocarcinoma predominantemente acinar	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO HISTOLÓGICO <input type="radio"/> G2: Moderadamente diferenciado
<input checked="" type="checkbox"/> EXTENSIÓN TUMORAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Tamaño tumoral <input type="radio"/> Diámetro mayor (en cm): 2	<input checked="" type="checkbox"/> Invasión de Pleura Visceral <input type="radio"/> No identificada (PLD)
<input checked="" type="checkbox"/> MÁRGENES QUIRÚRGICOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Margen Bronquial <input type="radio"/> No afecto por carcinoma infiltrante ni carcinoma in situ	<input checked="" type="checkbox"/> Margen vascular <input type="radio"/> No afecto por carcinoma infiltrante
<input checked="" type="checkbox"/> HALLAZGOS HISTOLÓGICOS ADICIONALES	
<input checked="" type="checkbox"/> Invasión vasculo-linfática <input type="radio"/> No identificada	
<input checked="" type="checkbox"/> ESTADIAJE PATOLÓGICO (pTNM)	
<input checked="" type="checkbox"/> Tumor Primario (pT)	<input checked="" type="checkbox"/> Ganglios linfáticos regionales (pN)

Transcrito por: Compañ Quilis, Amparo

Valencia, 04/09/2017 Firmado: Dr.

Página 2 de 3

SITUACIÓN ACTUAL

- Codificación de preguntas y respuestas

SNOMED CT

Nº estudio: 17B0014185

- A B Histerectomía y doble anexectomía
 - especimen obtenido mediante histerectomía y salpingooforectomía bilateral (especimen) (G-854B)
 - histerectomía total con remoción de ambas trompas de Falopio y ambos ovarios (procedimiento) (P1-83353)
 - uterio [como un todo] (estructura corporal) (T-83009)
 - muestra (G-8000)

Códigos de Muestra vinculada del Catálogo

SNOMED CT

- estado de compromiso tumoral de los márgenes de resección quirúrgica (R-00472)
- margen de resección quirúrgica no afectado por neoplasia maligna (R-00423)
- distancia entre la neoplasia maligna y el margen de resección más cercano (R-00481)
- margen quirúrgico distal no afectado por carcinoma in situ (R-0052D)
- estado de invasión tumoral venosa (vaso de gran calibre)/linfática (vaso de pequeño calibre) (R-00469)
- invasión tumoral venosa (grandes vasos)/ linfática (pequeños vasos), presente (F-3A049)

SNOMED CT

- carcinoma epidermoide, tipo queratinizante (M-80713)
- grado histológico (R-00258)
- estadio G2 (G-F212)
- estado de compromiso tumoral de los márgenes de resección quirúrgica (R-00472)
- margen de resección quirúrgica no afectado por neoplasia maligna (R-00423)
- distancia entre la neoplasia maligna y el margen de resección más cercano (R-00481)

SNOMED CT

- margen quirúrgico distal no afectado por carcinoma in situ (R-0052D)
- estado de invasión tumoral venosa (vaso de gran calibre)/linfática (vaso de pequeño calibre) (R-00469)
- invasión tumoral venosa (grandes vasos)/ linfática (pequeños vasos), presente (F-3A049)
- estadio TNM de anatomía patológica (R-100F7)
- categoría pT (R-00415)
- pT1 (I): carcinoma de cuello uterino circunscrito al útero (la extensión al cuerpo no se debe contemplar) (categoría de TNM y estadio FIGO) (cuello uterino) (R-0050E)

SNOMED CT

- pT1b (B): lesión macroscópica circunscrito al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a2/A2 (categoría TNM y estadio FIGO) (cuello uterino) (R-00525)
- categoría pN - hallazgo (R-00462)
- estadio pN1 (G-F191)
- cantidad de ganglios linfáticos regionales examinados (R-002AA)
- cantidad de ganglios linfáticos regionales comprometidos (R-002AB)

Términos no asociados a muestras

SITUACIÓN ACTUAL

Actualización a v.4.6 (como mínimo) en todos los centros de la CV, dotada de

- Codificación mediante SNOMED-CT
- Catálogo de muestras único (SEAP)
- Protocolos corporativos no modificables localmente



CSC **LABORATORY SOLUTIONS**
PAT-Win 4.6

Versión: v.4.6.3.12

Información del sistema:

- Versión de la máquina virtual: 12.5.2.5609
- DBMS: IN9 Informix 9.x
- BD: hisanpa

Servicio de soporte en España

iSOFT Sanidad, S.A., a CSC Company
Parque Tecnológico de Andalucía
C/ Severo Ochoa, nº 41 | 29590 Campanillas (Málaga)
Telf.: +34 902 31 00 32 / +34 951 01 65 70
Fax: +34 902 31 00 41 / +34 951 01 65 66
hg.central.suporte.sela@csc.com

ADVERTENCIA: De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de Diciembre, y el R.D. 1720/2007 de 21 de Diciembre, le informamos de que quedarán registrados el usuario, fecha y hora, dato accedido, tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado dicho acceso.

[Haga clic aquí para leer las notas legales](#)

© 2016 Computer Sciences Corporation.
Todos los derechos reservados.

Debug >

SITUACIÓN ACTUAL

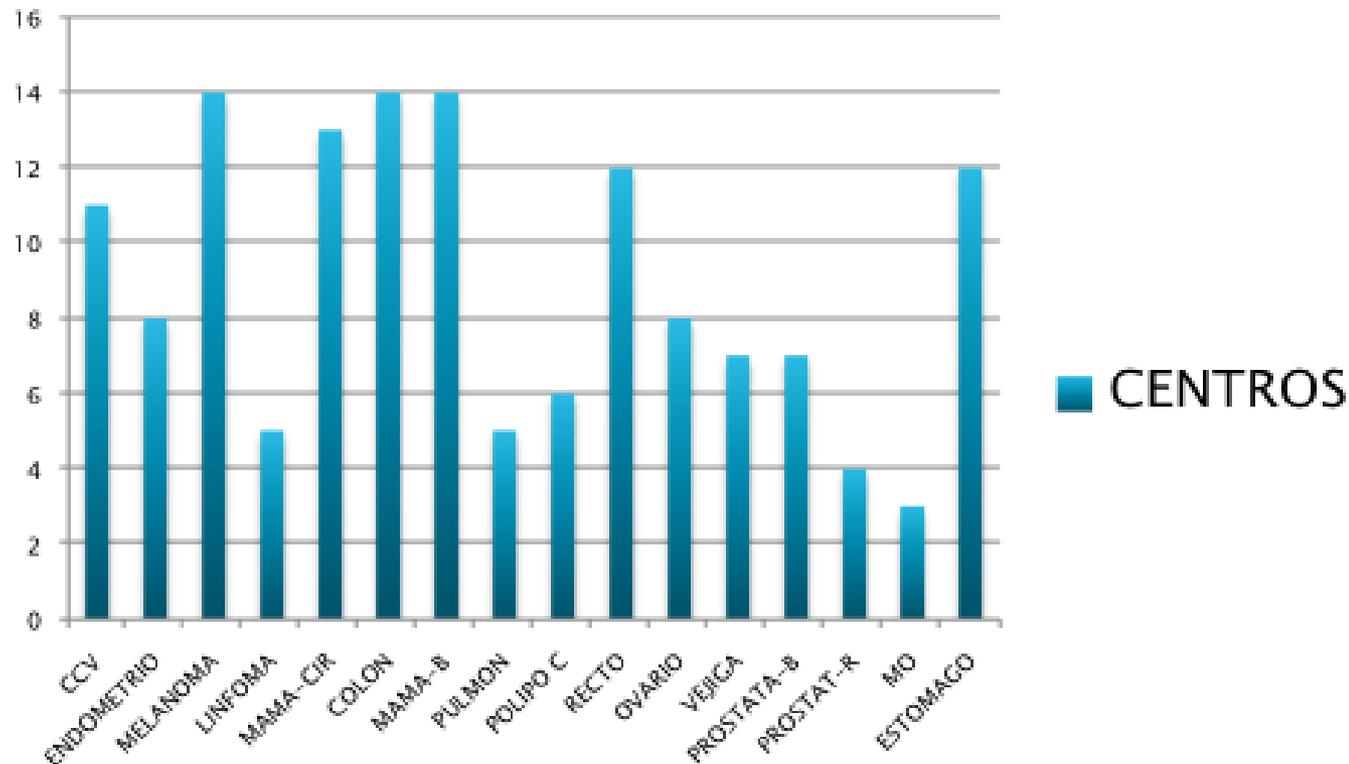
- 18/21 hospitales de la CV actualizados a la nueva versión
- 492.926 informes generados en 2016

	Septiembre 2017	DATOS 2016	
	Versión actual de PAT-Win	Volumen de Usuarios Anatomía Patológica	Nº Informes
ALICANTE			
	v.4.6.3.9	35	38.928
	v.4.6.3.9	19	30.892
	v.4.6.3.2	25	25.218
	v.4.8.0.1	22	22.991
	v.4.6.3.7	19	26.469
	v.4.6.3.11	27	47.984
	v.4.6.3.11	14	15.973
CASTELLÓN			
	v.4.6.3.2	23	35.017
	v.4.6.3.7	40	11.803
VALENCIA			
	v.4.6.2.0	21	23.039
	v.4.6.3.12	34	25.339
	v.4.6.3.11	16	4.972
	v.4.6.2.0	29	30.829
	v.4.6.3.1	29	54.745
	v.4.6.3.10	61	42.124
Hosp. Univ. La Fe	v.4.6.3.7	152	56.603
		566	492.926
OTROS HOSP NO INFOPAT	Versión de PAT-Win		
	4.7.4.1		
	4.6.3.12		
	4.6.0		
	4.3.42		
Hosp. Manises	3.4.1		

REVISIÓN DEL PROCESO

Análisis de 16 centros (sept-2017)

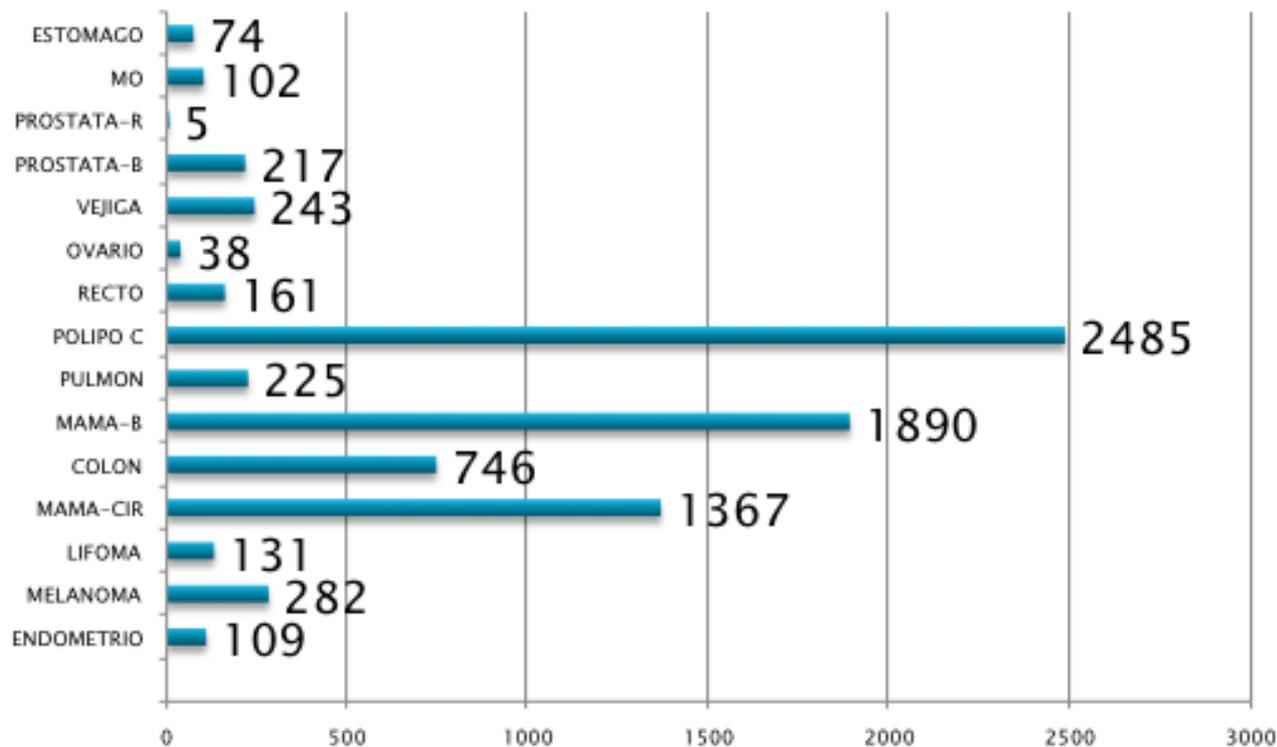
- Total Protocolos CSV utilizados: 57.424 (5-20.793)
- Número de centros que han utilizado el protocolo: 5-14
 - Los más usados: mama, colon, melanoma, estómago
 - Los menos usados: médula ósea-linfoma, próstata resección



REVISIÓN DEL PROCESO

Análisis de 16 centros (sept-2017)

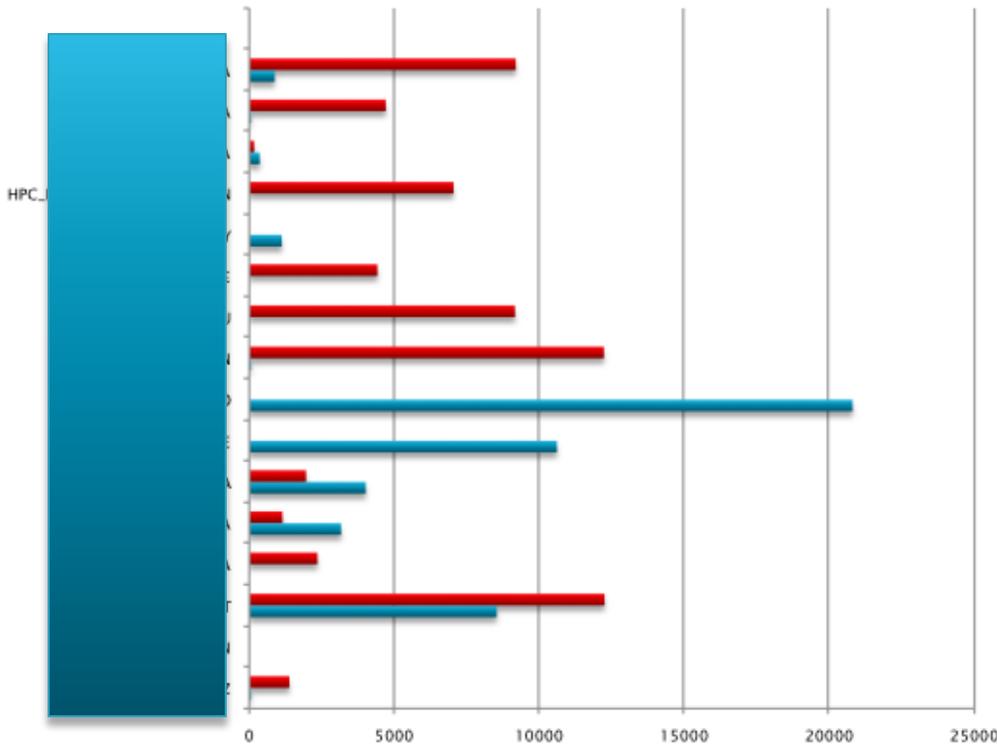
- Total Protocolos CSV utilizados: 57.424 (5-20.793)
- Número de protocolos utilizados global (exceptuando Cit cervico-vaginal): 5-2485



REVISIÓN DEL PROCESO

Uso de protocolos propios

Citología vaginal



Total protocolos: 98.976

•CSV: 49.493

•Propios (n=12): 61.118

■ PROPIO

■ CSV

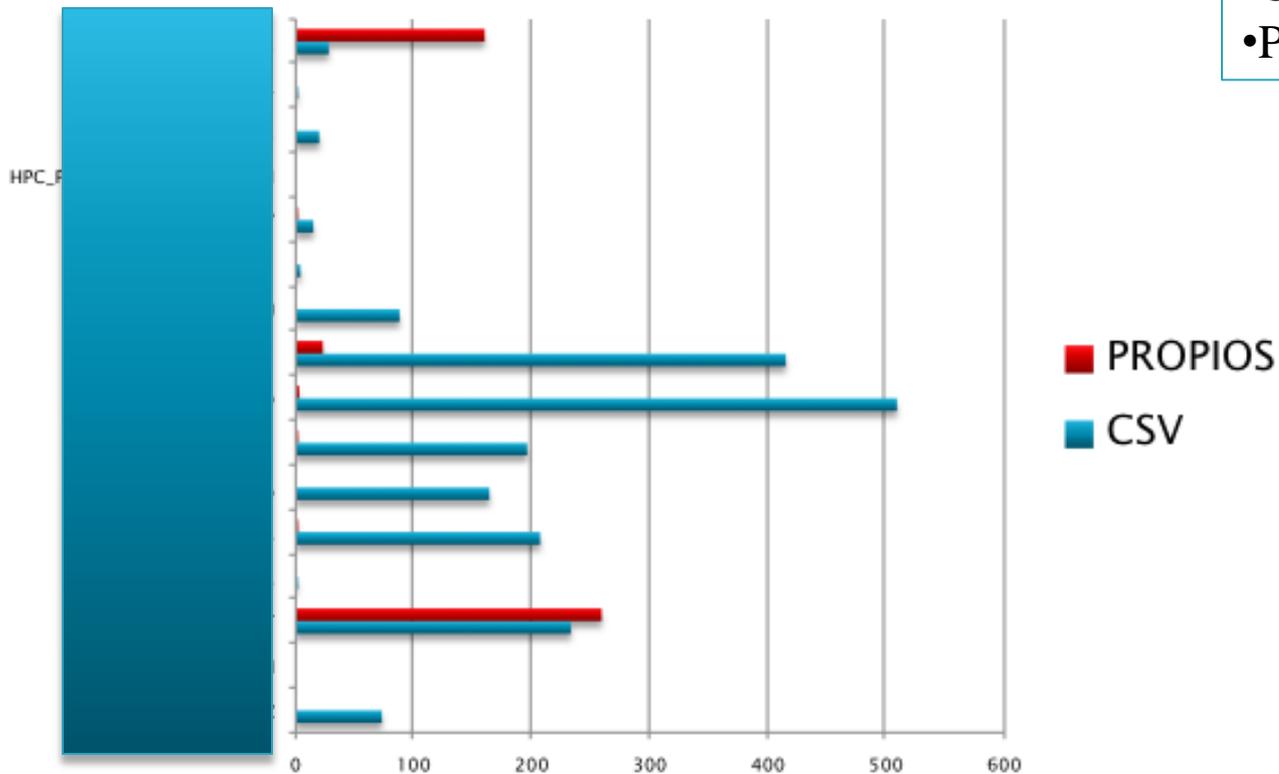
REVISIÓN DEL PROCESO

Mama (BAG)

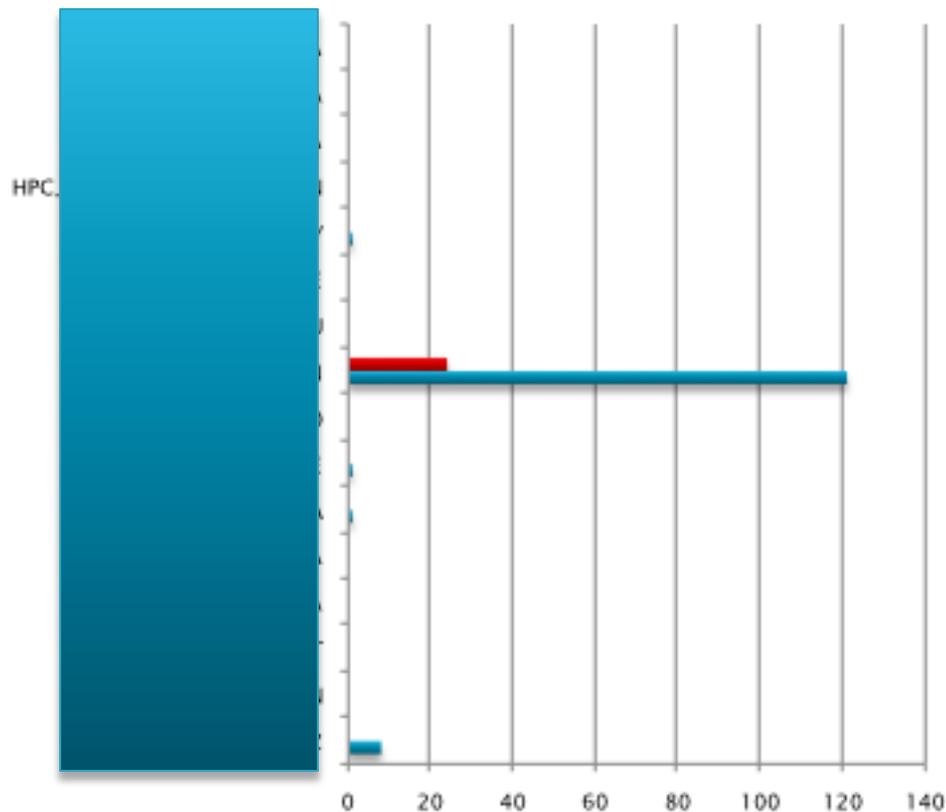
Total protocolos: 3837

•CSV: 1955

•Propios (n=4): 450



REVISIÓN DEL PROCESO LINFOMAS



Total protocolos:

- CSV: 132

- Propios (n=1): 24

■ PROPIOS

■ CSV

SITUACIÓN ACTUAL

Nuevos Protocolos Oncológicos, implantados en 21 hospitales de la CV (datos de 16 hospitales)

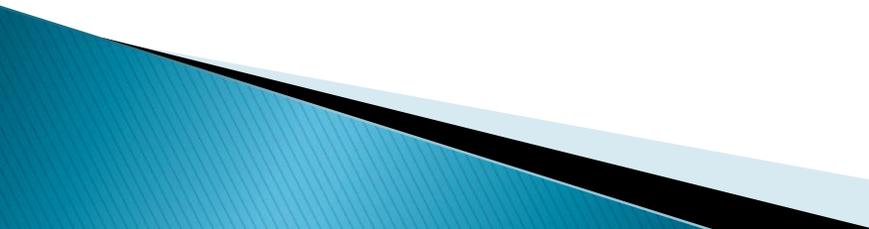
- Los Protocolos oncológicos se han implantado en los centros y han comenzado a usarse
- No todos los protocolos han gustado por igual
 - Uso más habitual de los «clásicos» (mama/melanoma/colon)
 - Uso infrecuente de otros (linfoma), o vinculados a centros (pulmón)
- Sin solucionar totalmente los problemas técnicos de edición y cumplimentación (formato tradicional, muy largo, poco legible)
- Con la necesidad de renovarlos antes de estar disponibles en todos los centros
- Sin solucionar totalmente los problemas técnicos de envío de información a Registros de Cáncer y Biobanco

REVISIÓN DE VERSIONES

»» ¿Cómo lo planteamos?

REVISIÓN DE VERSIONES

Procedimiento

- ▶ Envío de propuestas al Grupo de Mantenimiento
 - Formulario en web
 - ▶ Reunión semestral del Grupo para valoración de modificaciones
 - Grupo de patólogos expertos
 - Reuniones virtuales
 - ▶ Incorporación de los nuevos protocolos al programa Patwin
 - ▶ Distribución múltiple a los diferentes centros
- 

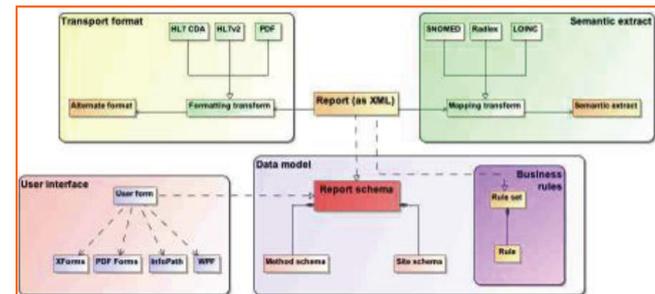
REVISIÓN DE VERSIONES

Grupo de Mantenimiento de los Protocolos

PATOLOGO	LOCALIZACION	MUESTRA	ESTADO
ANA CALATRAVA	PROSTATA	BAG	Actualizados
		Prostatectomia radical	
	VEJIGA	Cistectomia parcial/total	
		Biopsia y resección transuretral	
ESTHER ROSELLO	COLON	Resección	Actualizados
		Pólipos	
	RECTO	Resección	
	LINFOMA	Resección	
MEDULA OSEA	Medula ósea micro		
AMPARO COMPAN	PULMON	Resección	Actualizados
	MELANOMA CUTANEO	Resección	
	MAMA	BAG	
		Pieza quirúrgica	
VERONIQUE BENAVENT	OVARIO	Resección	Actualizados
	ENDOMETRIO	Histerectomía	
	ESTOMAGO	Resección	
ENCARNA ANDRADA	CERVIX	Cotización	Actualizado
MARIA CABEZAS		Traquelectomia, histerectomía	
		Citología vaginal BETHESDA	

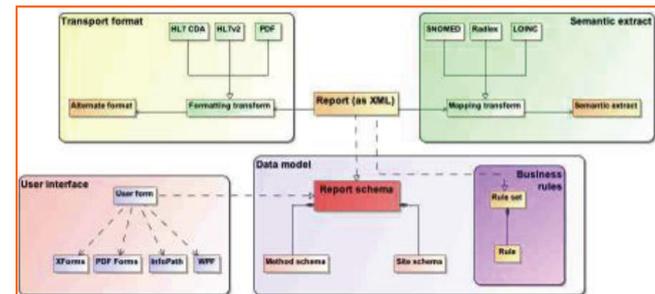
CONCLUSIONES

- ▶ La educación es la clave:
 - Entender la importancia de un informe oncológico de calidad para conseguir calidad en el tratamiento del cáncer
 - Entender la importancia de un informe oncológico de calidad para los sistemas de Epidemiología, Salud Pública y Biobancos
 - Colaboración con los Registros del Cáncer
- ▶ Importancia de mejorar la remuneración de los patólogos: La cumplimentación de Protocolos como OBJETIVO
- ▶ **¡¡Mejorar inversiones en los sistemas de Información como PRIORIDAD 1!!**



AGRADECIMIENTOS

- ▶ Noelia Reche (Informática, Conselleria Salut)
- ▶ Carmen Alberich, Carmen Pons, Consol Sabater (Registro del Cáncer, Plan de Prevención del Cáncer)
- ▶ Carolina Abril (Red Valenciana de Biobancos)
- ▶ Amparo Company, Veronique Benavent (patólogos del Comité) y patólogos del grupo de Mantenimiento de Protocolos
- ▶ Alberto Gámez (Patwin)





GRACIAS POR SU ATENCIÓN

¿Cómo controlamos la calidad del Informe Oncológico?

- ▶ Sólo se han establecido hasta ahora los indicadores internacionales de calidad en algunos cánceres (los más frecuentes)
 - Cáncer de colon
 - Cáncer de mama
 - Cáncer de próstata
- ▶ Es necesario trabajar en aras a conseguir obtener parámetros que sirvan como indicadores de calidad en nuevos cánceres

Int J Cancer. 2014 Jul 15;135(2):371-8.

Improving the TNM classification: findings from a 10-year continuous literature review.

Webber C, Gospodarowicz M, Sobin LH, Wittekind C, Greene FL, Mason MD, Compton C, Brierley J, Groome PA.

Abstract

The Union for International Cancer Control's (UICC) TNM classification is a globally accepted system to describe the anatomic extent of malignant tumors. Since its development seventy years ago, the TNM classification has undergone significant revisions to reflect the current understanding of extent of disease and its role in prognosis. To ensure that revisions are evidence-based, the UICC implemented a process for continuous improvement of the TNM classification that included a formalized system for submitting proposals for revisions directly to the UICC and an annual review of the scientific literature on staging that assessed, criticized or made suggestions for changes. The process involves review of the proposals and literature by a group of international, multidisciplinary Expert Panels. The process has been in place for 10 years and informed the development of the 7th edition of the TNM classification published in 2009. The purpose of this article is to provide a description of the annual literature review process, including the search strategy, article selection process and the roles and requirements of the Expert Panels in the review of the literature. Since 2002, 147 Expert Panel members in 11 cancer sites have reviewed over 770 articles. The results of the annual literature reviews, Expert Panel feedback and documentation and dissemination of results are described.

¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN?

- ▶ Uso de programas informáticos de ayuda
 - Sin acuerdo todavía sobre el mejor sistema informático
 - ¡¡Cualquier dato, mejor que ninguno!!
- ▶ Vincular el pago de los costes del tratamiento a un buen informe
- ▶ Reconocer el estadiaje como el estándar del tratamiento
- ▶ Auditorías periódicas

- ▶ La educación es la clave:
 - Entender la importancia de un estadiaje adecuado para conseguir calidad en el tratamiento del cáncer
 - Entender la importancia de un estadiaje adecuado para los sistemas de Epidemiología y Salud Pública
 - Colaboración con los Registros del Cáncer
- ▶ **Mejorar inversiones en los sistemas de Información**

M. Mason, 2014