



PROZEDURA

eskuliburua

EUSKADIKO

MINBIZIAREN

ERREGISTROA

2019ko maiatzaren 31

AURKIBIDEA

1. Sarrera	4
2. Euskadiko Minbiziaren Erregistroaren alorreko helburuak	5
3. Definizioak	6
4. EAeko Populazioaren Minbiziaren Erregistroko aldagaiak.....	11
5. Informazio-iturriak: ospitalekoak eta ospitalez kanpokoak	27
6. Datuen prozesamendua	30
7. Datuen konfidentzialtasuna	34
8. Kalitate-kontrola	35

TAULEN AURKIBIDEA

1. taula:	Tumore anizkoitzen definiziorako leku bakartzat jotako kode topografikoen taldeak	10
2. taula:	Tumore anizkoitzen definiziorako histologikoki desberdintzat jotako neoplasia gaiztoen taldeak. (Berg 1996, egokitua)	11
3. taula.	Aldebikotasuna. Organo bikoitzen zerrenda	18
4. taula:	Morfologikoki onartutako eta berrespen histologikorik gabeko motak	23
5. taula.	Tumore-markatzaile espezifikoak.....	26
6. taula.	Ospitalean kargatzeko fitxategiaren formatua.....	37

SARRERA

Euskadiko Minbiziaren Erregistroa (EME) 1986an sortu zen, azaroaren 6ko Aginduaren bidez. Agindu hori, gerora, martxoaren 29ko 66/2011 Dekretuaren bidez aldatu zen (Minbiziari buruzko Euskal Autonomia Erkidegoko Informazio Sistemarena), zeina 2011ko apirilaren 6an argitaratu baitzen.

EME populazioan oinarritutako erregistro bat da eta haren estaldura % 100etik gertukoa da, hau da, EAEn bizi diren pertsonen diagnostikatutako minbizi guztiak erregistratzen dira bertan.

Prozedura-eskuliburu honen xedea informazioa jasotzeko modua normalizatzea da, haren kalitatea bermatzeko.

Tumore baten kokapena eta morfologia kodetzeko Onkologiako Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren bigarren edizioa erabiltzen da (GNS-O-II) 2003 baino lehen diagnostikatutako tumoreen kasuan, eta hirugarren edizioa (GNS-O-III) 2003tik aurrera diagnostikatutakoen kasuan. GNS-O-III.1, 2011n argitaratua, 2012tik aurrera erabiltzen da. Azken berrikuspena, GNS-O-III.2, 2019ko apirilaren 23an argitaratu zen, eta 2019tik aurrera diagnostikatutako tumoreen kasuan erabiliko da, urte hori barne.

Estadioaren erregistroa (TNM) 2010ean diagnostikatutako tumoreekin hasi zen egiten, hiru kokapenetan: bularra (C50), kolona-ondestea-uzkia (C18-21) eta birika (C34). TNM sailkapen-sistema erabiltzen da (7. edizioa, UICC, 2009). 2018. urtetik aurrera 8. edizioa erabiliko da.

Euskadiko Minbiziaren Erregistroak (EME) Minbiziaren Erregistroen Europako Sarearen gomendioak betetzen ditu (European Network of Cancer Registries, [ENCR](#)).

Eskuliburu honen edukiek aurreko bertsioak ordezkatzeko dituzte.

EUSKADIKO MINBIZIAREN ERREGISTROAREN HELBURUAK ETA EREMUA

Minbiziaren erregistro baten helburu nagusia, Jensenek eta Stormek diotenez¹, honako hau da: *«Kasu guztien inguruko informazioa biltzea eta sailkatzea, populazio definitu batean agertzen diren minbizi-kasuei buruzko estatistikak sortzeko, eta gaixotasunak komunitatean duen inpaktua baloratu eta kontrolatzeko esparru bat emanez».*

EMEren funtsezko helburuak, dekretuan aurreikusten denez, honako hauek ezagutzea da:

1. EAEn minbiziak duen intzidentzia, joerak, biziraupena eta prebalentzia sexuaren, adin-taldearen, eremu geografikoaren eta kokapen anatomikoaren arabera, erabilgarri suerta litezkeen beste ezaugarri batzuen artean.
2. Lortutako informazioarekin onkologiaren alorrean behar diren baliabide pertsonal eta materialen plangintza hobetzen laguntzea, prebentzioari, asistentziari eta irakaskuntzari dagokienez.
3. Azterlan epidemiologikoak egitea edo egiten laguntzea aldi behin, beharrezkoak direnean.
4. Estatistika Sistemarekin lankidetzan aritzea, EAEn minbiziak duen intzidentzia, prebalentzia, biziraupen-tasa eta heriotza-tasari buruzko estatistiken kalitatea hobetu eta konfiguratzeko. Neurri horiek tumore-gaixotasunen magnitudeari eta inpaktuari buruzko hainbat alderdi eskaintzen dituzte.

EMEren eremua EAE da. Populazioan oinarritutako erregistro bat da eta bertan jasotzen dira diagnostikoaren unean EAEn bizi ziren pertsonen minbizi guztiak, 1986. urtetik.

¹ Minbiziaren erregistroen helburuak eta erabilerak. Jensen OM, Storm HH. In: Registros de Cáncer. Principios y Métodos. Arg.: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. IARC Publicaciones Científicas, nº 95. Lyon (1995).

DEFINIZIOAK

Kasu erregistragarria:

1986ko urtarrilaren 1etik aurrerako minbizi guztiak, diagnostikoaren unean EAEn bizi ziren pertsonen diagnostikatutakoak. Erregistroan sartzen dira beste autonomia-erkidego batean diagnostikatutako kasuak, baldin eta pazienteak EAEn bizi bazen. Beste autonomia-erkidego batean bizi diren pertsonen EAEn erregistratutako tumoreak ere erregistratzen dira, baina ez dira kontuan hartzen intzidentziaren analisi estatistikoan.

- Tumore gaiztoak (M****/3), azaleko (C44) kartzinoma epidermoideak (M805-M808) eta basozelularrak (M809-M811) izan ezik. SALBUESPENA: Erregistratu egiten dira azaleko kartzinoma epidermoideak baldin eta zakilean (C60), eskrotoan (C63.2) eta aluan (C51) baldin badaude.
- *In situ* kartzinomak (M****/2).
- Displasia larriak (M****/2), 2007tik aurrera.
- Zalantza onberatasuneko tumoreak (M****/1) maskurian, obulutegian, nerbio-sistema zentralean eta tumore kartzinoideak.
- Nerbio-sistema zentralean tumore onberak (M****/0).
Topografia hauek hartzen ditu barne: meningeak (C70.0-C70.9); garuna (C71.0-C71.9); orno-muina, kranioko nerbioak eta nerbio-sistema zentralean beste zati batzuk (C72.0-C72.9); guruin pituitarioa/hipofisia (C75.1); hodi kraniofaringea (C75.2); guruin pineala/epifisia (C75.3); edo anatomikoki lotutako beste kokapen batzuk. Kanpo geratzen dira meningeen lesio baskular onberak (hemangioma eta kisteak).

1986 baino lehenagoko tumore gaiztoak (M****/3), ondorengo beste tumore bat dutenak, gutxienezko datuekin erregistratzen dira. Horrela, EMEn aplikazioak ordenaz baki bat esleituko dio tumoreari.

EMEk tumoreak erregistratzen ditu, kontuan izanik pertsona batek bi tumore edo gehiago izan ditzakeela.

Tumore mistoa:

Bi morfologia desberdin edo gehiago dituen tumore-foku bat da.

Tumore multifokala

Hazteko foku bat baino gehiago dituen tumorea, elkarren arteko jarraitutasunik gabe baina morfologia berarekin. ENCR-ren gomendioei jarraikiz, tumore bakarra erregistratzen da. Diagnostikoa sinkronikoa edo metakronikoa izan daiteke:

a) Tumore sinkronikoa:

Morfologia bereko bi tumore-foku, aldi berean diagnostikatuak bi azpikokapen desberdinetan. Tumore bakartzat jotzen da, laugarren digitu topografikoarekin = 8.

1. adibidea: Zeharkako koloneko adenokartzinoma (C18.4), 1998. urtea.
Beheranzko koloneko adenokartzinoma (C18.6), 1998. urtea.
Emitza: Koloneko adenokartzinoma (C18.8)
2. adibidea: Giltzurrun-pelbiseko trantsizioko kartzinoma (C65.9), 1998. urtea.
Maskuriko trantsizioko kartzinoma (C67.9), 1998. urtea.
Gernu-sistemako trantsizioko kartzinoma SAI (C68.9), 1998. urtea (1. taula)

b) Tumore metakronikoa:

Bi tumore-foku, morfologia berekoak, bi azpikokapen desberdinetan, bi alditan diagnostikatuak. Lehen azpikokapena jasotzen da, diagnostikoaren datarekin.

1. adibidea: Zeharkako koloneko adenokartzinoma (C18.4), 1998. urtea.
Beheranzko koloneko adenokartzinoma (C18.6), 2000. urtea.
Emitza: Zeharkako koloneko adenokartzinoma (C18.4), 1998. urtea.,
lehen tumorea.
2. adibidea: Giltzurrun-pelbiseko trantsizioko kartzinoma (C65.9), 1998. urtea.
Maskuriko trantsizioko kartzinoma (C67.9), 2000. urtea.
Giltzurrun-pelbiseko trantsizioko kartzinoma (C65.9), 1998. urtea.

2020ko intzidentziatik, aldatu egingo dugu irizpidea, eta arau honi jarraituko diogu koloneko eta azaleko azpilokalizazioetan tumoreak kodetzeko: Koloneko (C18) eta larruko (C44) 4. karaktereko edozein azpikategoriatan agertzen diren minbiziak lehen mailako minbizi anizkoitz gisa erregistratu behar dira.

Tumore primario anizkoitza

Pertsona berari tumore bat baino gehiago diagnostikatzen bazaizkio, tumore bakoitza berritza joko da, eta bereiz erregistratuko, inguruabar hauetan:

- 1) kokapen bera eta talde morfologiko desberdina,
- 2) talde morfologiko bera eta talde topografiko desberdina edo

3) talde topografiko eta talde morfologiko desberdina.

Gomendio hauen arabera jokatzen da: ENCR -2004ko berrikusketa-, Minbiziaren Ikerketarako Nazioarteko Agentzia ([IARC](#)) eta Minbiziaren Erregistroen Nazioarteko Elkarte (IACR):

1. Bi minbizi primario edo gehiago egotearen aitortzea ez da denboraren araberakoa.
2. Minbizi primario bat kokapen edo ehun primario batean sortzen da; ez da hedapen bat, ez eta errekurritzia bat edo metastasi bat ere.
3. Organo bikoitzen kasuan, morfologia bera badute, tumore bakar bat dagoela jotzen da. (* 2020ko intzidentziatik irizpidea aldatuko dugu)
4. Kode topografikoen multzo batzuk organo bakartzat jotzen dira. 1. taulan jaso dira multzo horiek.
5. Neoplasia batzuk tumore anizkoitz bezala hartu behar dira, nahiz eta aldi berean diagnostikatu kokapen berean. 2. taulan jaso dira morfologia horiek.
6. Minbizi sistemiko edo multizentrikoek organo askori erasan diezaiekete, eta behin baino ez dira zenbatzen norbanako bakoitzean. Horrelakoak dira sistema hematopoietikoko tumoreak (2. taulako 8.-14. taldeak) eta Kaposi-ren sarkoma.
7. Diagnostiko morfologikoak 2. taulako kategoria berekoak badira eta kokapen primario berean sortu badira, tumore bakartzat joko dira eta kode morfologiko altuenarekin kodetuko dira.
8. Diagnostiko batek morfologia ez-espezifikoa badu (5., 14. eta 17. taldeak) eta morfologia espezifikoa eskura badugu, morfologiarik espezifikoa jakinarazi behar da.

Tumore multifokalez hitz egiten dugunean, azpikokapenez ari gara (topografiako laugarren digitua); tumore anizkoitzen kasuan, kokapenez ari gara (topografiako lehen hiru digituak).

* Lateralitate desberdineko baina morfologia bereko bi tumore, organo bikoitietan diagnostikatuak (adibidez, bularra), bereizita erregistratu behar dira, tumore primario bakar batetik sortzen direla adierazi ezean.

Arau honen salbuespenak honako hauek dira:

- a) Obulutegiko tumoreak (morfologia berekoak)
- b) Giltzurruneko Wilms-en tumorea (nefroblastoma).
- c) Erretinoplastoma

aldebiko erregistro bakar gisa erregistratu behar dira, bi aldeetan aurkezten direnean.

Gogoratzekoa: histologia erabat desberdina duten bikote-organoetako tumoreak bereizita erregistratu behar dira.

1. taula. **Tumore anizkoitzen definiziorako leku bakartzat jotako kode topografikoen taldeak.**

Talde topografikoa	GNS-O-III		Aldi berean diagnostikatzen badira, kode hau erabiliko da; bestela, lehen diagnostikoa kodetuko da.
1	C01	Mihi-azpialdea	
	C02	Mihiaren beste zati batzuk edo zehaztu gabea	C02.9
2	C00	Ezpaina	
	C03	Oia	
	C04	Ahoaren azpiko aldea	
	C05	Ahosabaia	C06.9
	C06	Ahoaren beste zati batzuk edo zehaztu gabea	
3	C09	Amigdala	
	C10	Orofaringea	
	C12	Sinu piriformea	C14.0
	C13	Hipofaringea	
	C14	Ezpaineko, aho-barrunbeto eta faringeko beste zati batzuk eta gaizki definituak	
4	C19	Ondestearen eta sigmoideoaren arteko	
	C20	lotunea Ondestea	C20.9
5	C23	Behazun-maskuria	
	C24	Behazun-traktuko beste zati batzuk edo zehaztu gabea	C24.9
6	C33	Trakea	
	C34	Bronkioak eta birikak	C34.9
7	C40	Aldakako hezurak, giltzadurak eta giltzadura-kartilagoak	
	C41	Beste eremu batzuetako hezurak, giltzadurak eta giltzadura-kartilagoak edo zehaztu gabeak	C41.9
8	C65	Giltzurrun-pelbisa	
	C66	Ureterra	
	C67	Gernu-maskuria	C68.9
	C68	Beste gernu-organo batzuk edo zehaztu gabeak	

* Taula hau 2003tik aurrerako intzidentziarako aplikatzen da. Aurreko kasuetarako, GNS-O-II sailkapenaren taula erabili behar da.

2. taula. **Tumore anizkoitzen definiziorako histologikoki desberdintzat jotako neoplasia gaiztoen taldeak.**

Taldea	Morfologia	GNS O 3
1	Kartzinoma epidermoideak eta trantsizio-zelulenak	8051-8084, 8120-8131
2	Oin-zelulen kartzinomak	8090-8110
3	Adenokartzinomak	8140-8149, 8160-8162, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8551, 8570-8576, 8940-8941
4	Beste kartzinoma espezifikoko batzuk	8030-8046, 8150-8157, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
5	Kartzinoma ez-espezifikoak (SAI)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6	Sarkomak eta ehun bigunetako tumoreak	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7	Mesotelioma	9050-9055
8	Leuzemia mieloideak	9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9964, 9980-9987
9	B zelulen linfomak	9670-9699, 9728, 9731-9734, 9761-9767, 9769, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10	T eta NK zelulen linfomak	9700-9719, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11	Hodgkin-en linfoma	9650-9667
12	Zelula mastozitikoaren tumoreak	9740-9742
13	Histiozitoak eta zelula linfoide osagarriak	9750-9758
14	Talde hematopoietikoko mota ez-espezifikokoak	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989
15	Kaposi-ren sarkoma	9140
16	Zehaztutako beste minbizi mota batzuk	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539
17	Zehaztu gabeko minbizi motak	8000-8005

(Berg 1996, egokitua)

EAE-KO POPULAZIOAREN MINBIZIAREN ERREGISTROKO ALDAGAIAK

1.- ERREGISTROKO ZENBAKIA

Erregistratutako tumoreek nork bere identifikazio-zenbakia dute. Aplikazioak (K43) hurrenkeraren arabera esleitzen du zenbakia, UUUUnnnnn formatuarekin. Lehen lau digituek diagnostikoaren urtea adierazten dute, eta beste bostak programak esleitzen ditu hurrenkeraren arabera, 1 zenbakitik hasita. Adibidez: 200110510: 2001ean diagnostikatutako 10510. tumorea. Diagnostiko urtea aldatzen bada ere, erregistro-zenbakia ez da aldatuko.

TUMORE-KODEA tumore bakoitzarentzako aldagai bakar bat da. Osakidetzak erregistratzen du eta erregistroko datu-basean jasotzen da ospitaleko erregistroak modu bateratuan iraultzen direnetik (2010). Aldagai horren bidez aldeztu aurretik erregistratutako tumoreak identifikatzen dira eta Osakidetzak horien inguruak jakinarazitako aldaketak gehitzen dira.

Datu pertsonalak

Datu pertsonalak automatikoki informatizatzeko K43 aplikazioaren «bilatu» botoia erabili daiteke. Horren bidez, OTIaren datu-baserako zuzeneko konexioa egiten da eta datu guztiak automatikoki erregistra daitezke.

Datu pertsonalak identifikazio-dokumentuan (NANA, OTIa, Gizarte Segurantzako kartilla, etab.) agertzen diren bezala erregistratuko dira, salbu eta bertan moztuta agertzen badira. kasu horretan, osatzeko aukera dago:

Ana Victoria Salinas de Aña. Aguirregomezco. (identifikazio-dokumentua)

Ana Victoria Salinas de Añana Aguirregomezco (baliaduna)

2.- IZEN-ABIZENAK

- Ez da inoiz laburduririk (M edo M^a, Mariaren ordeztu) edo karaktere arrarorik erregistratuko (% , # edo &, ñ-ren ordeztu).
- Abizen konposatuen kasuan, osorik erregistratuko dira, laburduririk erabili gabe.
- Euskarazko grafiak identifikazio-dokumentuetan agertzen diren bezala sartuko dira.
- 2. abizenik ez duten paziente atzeritarren kasuan, «XX» idatziko da 2. abizenaren lekuan.

3.- SEXUA

1: Gizonezkoa

2: Emakumezkoa

9: Ezezaguna/Zehaztu gabea

4.- ADINA

5.- JAIOTZA-DATA

Jaiotza-data nahitaezko datua da pazientearen altan.

Data guztiak bezalaxe, Nazio Batuen nazioarteko konbentzioaren arabera erregistratuko da. Hau da, ordena honetan: eguna-hilabetea-urtea (EEHHUUUU).

Dokumentu guztiak berrikusi ondoren ezin badira eguna eta hilabetea zehaztu **01-07** eta dena delako urtea erregistratuko dira (01-07-UUUU), diagnostikoko adinaren bidez kalkulatuta.

Adibidez: 60 urteko pertsona, 1988an diagnostikatua

Jaiotza-data = 01-07-1928

6.- GAKO ALFANUMERIKOA

15 digituko eremu bat da, formatu honekin: UUUHHEENNÑÑXC:

UUUUHHEE: jaiotza-data.

sexua: 1=gizonezkoa, 2=emakumezkoa

NN: lehen abizenaren lehen bi letrak.

ÑÑ: bigarren abizenaren lehen bi letrak.

X: hurrenkeraren araberako zenbaki bat, berdinketak desegiteko.

C: programaren kontrol-digitu bat da.

Gako hori sartzen ez bada, programak automatikoki sortuko du, lehen 13 posizioek jatorrizkoarekin bat egiten dutelako. Zenbakia sortua bada, azken digitua F-rekin berdintzen da (faltsua), eta azkenaurreko digitua erabiliko da berdinketak desegiteko, fikziozko bi gako berdinak badira. Zenbaki zuzenaren berri izanez gero, fikziozkoaren ordez erabiliko da.

7.- OTIa

1 eta 8 digitu arteko identifikazio-zenbaki bat da.

8.- NAN/IFK

9 digituko kode alfanumerikoa.

9.- GIZARTE SEGURANTZAKO ZENBAKIA

10 digituko formatua: XX/NNNNNNNN/MM:

XX: Lurralde historikoa; N: 8 zenbaki

M: baztertu egiten diren azken bi zenbaki.

10.-OSABIDE KODEA

9 zenbakiko kode bat, Osakidetzak ematen duena iraulitako datuekin. Ezin da gure aplikaziotik aldatu. IKKren berdina da.

Pazientearen ohiko bizilekua, diagnostikoa egiteko momentuan. Tumore bat baino gehiago dituen paziente batek helbide bat baino gehiago izan ditzake (bat tumore bakoitzeko), ethez aldatu bada. Intzidentziaren azterketarako tumorearen helbidea erabiliko da.

Formatua:

Bide mota: ZU (zumardia), HI (hiribidea), AU (auzoa), KL (kalea), BI (bidea), ER (errepidea), BA (barreiatua), EN (entitatea), TA (taldea), GU (gunea), BB (beste bide batzuk), PL (plaza), IN (industrialdea) eta PS (pasealekua).

Kalearen, hiribidearen izena,.... blokea..... atea, eskailera, solairua, atea.

12.- PROBINTZIA, UDALERRIA ETA HERRIA

[EUSTATen kode ofizialekin](#) erregistratzen eta kodetzen dira.

Probintziaren eremua nahitaezkoa da. Zein den ez badakigu, 0 gisa erregistratuko dugu (ezezaguna). Ez da erabili ahal izango intzidentzia kalkulatzeko.

13.- POSTA-KODEA

EAEn bizi direnen kasuan bakarrik bete behar da, posible denean.

Informazio-iturriak

14.- HERIOTZAREN BULETIN ESTADISTIKOA (HBE) LEHEN ITURRI GISA

1: Ez. Kasua iturri aktibo batetik dator.

2: Bai. Heriotza-ziurtagiriaren bidez jakinarazitako kasua (HZJ). Gerora informazio gehiago aurkitzen ez bada, kasua heriotza-ziurtagiriaren bidez bakarrik jakinarazten da. (HZB).

15.- DATUEN ITURRIA

Datu-iturri bakoitzaren kasuan honako hauek erregistratuko dira: ospitale, zentro edo erakundearen izena, iturriaren kodea, historia klinikoaren zenbakia eta diagnostikoaren data.

HBEa dugunean, iturri gisa erregistratuko dugu. Aplikazioak eskainitako tartek baino iturri gehiago badaude, azken lerroa HBErako gordeko dugu beti, eta sartu ez zaizkigun iturriak «Oharrak» atalean jasoko ditugu.

Heriotzen Institutu Nazionaleko (HIN) heriotza-data badugu, atal horretan erregistratuko dugu, edo oharretan, lekurik ez balego.

Tumorearen datuak

16.- KOKAPENA

Kokapena lesio maltzurra dagoen leku anatomikoa da. Item hori kodetzeko indarreko Onkologiako Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena (GNS-O-III) erabiltzen da. Kokapena lau digituren bidez kodetzen da; lehen hirurek organoa adierazten dute, eta azkenak horren zati espezifiko bat (azpikokapena).

Kontuan hartu beharreko alderdi espezifikoak, kokapenaren arabera:

HEZUR-MUINA: beti da C42.1

LEUZEMIAK eta MIELOMAK: Hezur-muinarekin kodetzen dira beti (C42.1).

KAPOSI-REN SARKOMA, azalean, larruazalpeko ehunekin kodetzen da (C49).

EZPAINA: Ezpainean agertzen denean, «azalaren eta mukosaren arteko lotunea» terminoa aipatu behar da lokalizazio gisa (C00.0/C00.1/C00.2).

Tumorea azalean edo mukosan dagoen ez dakigunean, kontuan izan behar da ohikoagoak direla azaleko tumoreak goiko ezpainean (C44.0) eta mukosakoak, ordea, ohikoagoak dira beheko ezpainean (C00.1).

PLASMAZITOMA: Hezurreen (C40, C41) edo hortik kanpo ager daiteke. Hezurretik kanpo, kokapen ohikoenak birika, oronasofaringea eta sinu paranasalak dira.

KONTUAN HARTU BEHARREKO BESTE ALDERDI BATZUK: Mota histologiko batzuk topografia bakar batera mugatzen ditu GNS-O-IIIk (parentesi artean zehazten da). Alabaina, badira onartutako salbuespen batzuk, «Oharrak» atalean jaso behar direnak.

Adibideak:

- Kartzinoma kanalikularra eta kartzinoma duktala (C50). Pankrean (C25) ere izan dezakete kokapena.
- Seminoma (C62). Timoan ere aurkitu izan da.
- Trantsizioko kartzinoma (C67). Badira amigdalako kasuak ere.
- Meduloblastoma (C716). NSZko beste puntu batzuetan ere agertzen da.
- Zistoadenokartzinoma muzinosoa (C56). Apendizean ere izan dira kasuak.

KOKAPEN PRIMARIO EZEZAGUNA (C80.9): Tumore bat topografia horrekin kodetu aurretik, kontuan izan aparatu gehienek badutela gaizki definitutako tumoreentzako kode bat, eta hura erabil daiteke uste badugu probableena dela tumorea organo edo apartu horretan egotea.

- C14: Ezpaineako, aho-barrunbeko eta faringeko beste zati batzuk eta gaizki definituak.
- C26: Digestio-organoetako beste zati batzuk eta gaizki definituak.
- C39: Arnas aparatuko eta torax barneko organoetako beste zati batzuk eta gaizki definituak.
- C57.9: emakumeen traktu genitala, SAI.
- C63.9: Gizonen organo genitalak, SAI.
- C68.9: Gernu-sistema, SAI.

- C75.9: Guruin endokrinoa, SAI.
- C76: Gaizki definitutako lekuak eta beste batzuk.
- Sarkoma + lokalizazio primario ezezaguna: C40, C41 edo C49 (EZ: C80.9).

17.- LATERALITATEA

2010etik jasotzen da.

0: Ez da aplikatzen. Organoa bikoitza ez bada, balio lehenetsi hau izango du aldagaiak.

1: Ezkerra

2: Eskuina

3: Ezezaguna

4: Aldebikoa

3. taula. Aldebikotasuna. Organo bikoitzen zerrenda

GNS-O-III	TOPOGRAFIA
C07	Guruin parotidoa
C09	Amigdala
C300	Sudur-barrunbea
C340, C341, C343, C3438, C349	Birika
C384	Pleura
C400	Goiko gorputz-adarreko hezur luzeak eta eskapula
C401	Goiko gorputz-adarreko hezur laburrak
C402	Beheko gorputz-adarreko hezur luzeak
C403	Beheko gorputz-adarreko hezur laburrak
C413	Saihets-hezurak eta lepauztaia
C414	Pelbiseko hezurak (sakroa, kokzixa eta pubiseko sinfisia izan ezik)
C441	Betazaleko azala
C442	Kanpo-belarriko azala
C446	Beso eta sorbaldako azala
C447	Hanka eta aldakako azala
C50	Bularra
C56	Obulutegia
C570	Falopioren tronpa
C62	Barrabila
C630	Epididimoa
C649	Giltzurruna
C659	Giltzurrun-pelbisa
C66	Ureterra
C69	Begia
C74	Giltzurrun gaineko guruina

C342 Birikaren erdiko lobulua. Normalean 1 balioa izaten du, situs inversusa duten kasu arraroetan izan ezik.
ENCR.

Iturria:

18.- MOTA HISTOLOGIKOA/KODE MORFOLOGIKOA

Kode morfologikoak adierazten du zer zelula mota bilakatu den neoplasiko eta zein den haren jarduera biologikoa, hots, haren jokabidea. Hiru zati dauzka:

Lehen 4 digituak: zelula mota (histologia)

5. digitua: jokabidea

6. digitua: diferentziazio maila

Histologia (zelula mota)

Item hori kodetzeko [GNS-O-III](#) sailkapena erabiliko dugu. EMEn ez dira beste sailkapen batzuk jasotzen (Breslow, Broders, Clark, Dukes, Jewet, Gleason, Figo, etab.).

Informazio-iturriak anatomia patologikoko edo zitologiako txostenak dira.

Kartzinoma bat «zerbaitekin bateragarria» dela esaten denean, terminorik deskribatzaileena erabiliko da beti. Adibideak:

- 1) Melanoma amelanikoarekin bateragarria den kartzinoma anaplasikoa
Melanoma amelanikoa
- 2) Ka...-ren eremuak dituen ka... Koderik altuena duen terminoa erabiliko da.
Zelula handien kartzinoma, kartzinoma epidermoidearen eremuekin ->
Kartzinoma epidermoidea
- 3) Hori ez da aplikatuko linfoma folikularraren eremuak (M96983) dituen B zelulen linfoma hedatsuan (M96803). Kasu horretan, M96803 kodea erabiliko da, tumore hori erasokorragoa da eta. 2010etik aurrera aplikatzen da hori.

TUMORE HEMATOLOGIKOAK: 2010etik, tumore hematologikoak kodetzeko [HAEMACARE eskuliburuan](#) jasotako arauak erabiltzen dira.

TRONBOZITOSIA ETA TRONBOZITEMIA: Sinonimoak dira eta 9962/3 kodearekin kodetzen dira (akats bat dago GNS-O-IIIIn).

ANEMIA ERREFRAKTARIOA, SINDROME MIELODISPLASIKOA ETA LEUZEMIA: Sarritan, gaixotasun bera adierazten duen termino horiek. Anemia errefraktarioa eta sindrome mielodisplasikoa erregistroko kasuak dira, eta bilakaeraren ondorioz leuzemia agertzen bada, ez da erregistratzen, talde morfologiko berekoa delako, hots, eraldaketatzat hartzen delako.

Hasieran leuzemia mieloide kronikoa izan eta gero leuzemia linfatiko akutua badago, 2 talde morfologiko desberdinetakoak izan arren, lehenengoaren eraldaketa dela ulertuko da, hau da, tumore bakarra erregistratuko da.

DISPLASIA LARRIA ETA *IN SITU* KARTZINOMA: Kode desberdinak aplikatzen ditugu: *in situ* kartzinoma 8010/2 da, eta displasia larria (neoplasia intraepitelial ezkatatsua) 8077/2. Neoplasia intraepitelial glandularra denean M8148/2 kodea erabiliko dugu.

Portaera. (bosgarren digitua)

- 0: Onbera
- 1: Zalantzakoa
- 2: *In situ*
- 3: Gaiztoa

Hainbat portaera badaude, koderik altuena hautatuko dugu.

MASKURIA (C67) Portaera

Tumorearen portaeraren kodea /1 (zalantzakoa):

Tumore trantsizionalak (urotelialak), gradu txikikoak, ez infiltratzaileak:

- Tumore papilar trantsizionala edo uroteliala
- I. estadioko kartzinoma (Broders-en sailkapena)
- Kartzinoma papilarra, ondo diferentziatua (Jewett-en sailkapena)
- I. graduko kartzinoma (OME)
- I. eta II. klasea (Chomé-ren sailkapena)

Tumorearen portaeraren kodea /2 (zalantzakoa):

Gradu altuko tumore trantsizionalak (gradua>1) eta tumore lauak (*in situ*, Tis, Ta).

Tumorearen portaeraren kodea /3 (gaiztoak):

Anatomia patologikoko txostenean **infiltrazioari buruzko informazioak ez badago**, honela kodetuko da:

- I. edo II. diferentziazio maila: /1 kodea
- III. diferentziazio maila edo altuagoa: /3 kodea

Diferentziazio-gradurik ez badago (adibidez, kartzinoma uroteliala), /3 kodea erabiliko da

Kartzinoma urotelial papilarra: 8130/3

Kartzinoma uroteliala: 8120/3

Tumore mistoak: GNS-O sailkapenean, batzuetan, kode propioa duten zenbait mota histologiko konbinatzean, kode berri bat sortzen da.

Adibideak:

Adenokartzinoma, kartzinoma ezkatatsuaren eremuekin: Kartzinoma adenoezkatatsua (8560.3)

Adenokartzinoma, metaplasia ezkatatsuaren eremuekin: Adenoakantoma (8570.3)

Diferentziazio maila (seigarren digitua)

Zelulen diferentziazio mailari eta anatomopatologoen emandako esleipenari buruzkoa da.

- 1. Diferentziazio ona, gaiztotasun maila txikia edo I. gradua

2. Diferentziazio moderatua edo erdi-mailako gaiztotasun maila edo II. gradua.
3. Diferentziazio txarra, gaiztotasun maila handia edo III. gradua
4. Anaplasikoa edo diferentziaziorik gabea edo IV. gradua
5. T zelulak
6. B zelulak - Pre-B, B aurrekariak
7. Zelula nuluak. T edo B zelulenak ez diren leuzemietan bakarrik.
8. NK zelulak. Zelula hiltzaile naturalak
9. Zelula mota ez dago zehaztua, ez da adierazi zein den edo ez da aplikagarria

A-Pko txosten desberdinetan gradu desberdinak aipatzen direnean, altuena hartzen da beti.

Linfoma eta leuzemien kasuan, graduak (seigarren digitua) zelula mota adierazten du.

Prostatoko tumoreetan, Gleason osagaien baturaren baliokideak hauek dira:

- G1 Diferentziazio ona (Gleason 2-4)
- G2 Diferentziazio moderatua (Gleason 5-6)
- G3 Diferentziazio txarra (Gleason 7-9)
- G4 Diferentziaziorik ez (Gleason 10)

Adi: Ez dira nahasi behar diferentziazio-gradua eta tumorearen infiltrazio-/hedapen-gradua (Clark, Dukes, etab.).

APk ez badu tumorearen berrespenik egin, ezin da mota morfoloikoa kodetu. Kode hauek erabiliko dira:

8000/0_ Neoplasia, onbera

8000/1_ Neoplasia, zalantzazkoa da onbera edo gaiztoa den

8000/3_ Tumore klinikoki gaiztoa

Kodeketa espezifikoak

ENCRk erabaki du mota histologiko batzuk (4. taula) erabil daitezkeela, nahiz eta berrespen histologikorik egon ez.

4. taula. **Morfologikoki onartutako eta berrespen histologikorik gabeko motak.**

Kodea	Morfologia	Oinarri diagnostikoa	Beste irizpide batzuk
-------	------------	----------------------	-----------------------

	Deskribapena	Kodea	
8150-8154	Langerhans-en irletako zelulen T, Gastrinoma	4	
8170	Kartzinoma hepatozelularra	4	
8270-8281	Tumore pituitarioak	4	C75.1
8720	Begiko edo azaleko melanoma	1 edo 2	
8800	Sarkoma SAI	2	
8960	Nefroblastoma	2	Adina: 0-8 urte
9100	Koriokartzinoma	4	Emakumeak, 15-49
9140	Kaposi-ren sarkoma	1 edo 2	GIB+ (Afrikan izan ezik)
9350	Kraniofaringioma	2	
9380	Glioma	2	C71.7 Garun-enborra
9384/1	Zelula erraldoien astrozitoma subependimala	2	Esklerosi tuberosoa
9500	Neuroblastoma	2 edo 4	Adina: 0-9 urte
9510	Erretinoblastoma	2	Adina: 0-5 urte
9530-9539	Meningioma	2	C70
9590	Linfoma gaiztoa, SAI	1 edo 2	
9732	Mieloma anizkoitza	4	Adina: 40+
9761	Waldenström-en makroglobulinemia	4	Adina: 50+
9800	Leuzemia, SAI	1 edo 2	

19.- DIAGNOSTIKO-DATA / INTZIDENTZIA-DATA

[ENCR-ren irizpideen](#) arabera jokatzeko dugu. Diagnostikoaren data hautatzeko, jarraian definitutako lehentasunen hurrenkera erabiliko dugu. 3 hilabete igarota lehentasun handiagoko proba diagnostikoren bat egiten edo hautematen bada, oinarri diagnostiko hori erregistratuko da, baina lehen gertakariaren dataekin.

Beheranzko lehentasunen hurrenkera:

1. Minbiziaren berrespen histologiko edo zitologikoaren data.

Hautaketa hurrenkera honen arabera egingo da:

- biopsia egin zen eguna
- anatomopatologoak lagina jaso zuen eguna
- txosten anatomopatologikoaren irteera-data

Salbuespena: diagnostiko klinikoaren egunaren eta biopsiaren edo autopsiaren laginaren bidez eginiko histologiaren emaitzaren artean hiru hilabete baino gehiago igaro badira, diagnostiko klinikoaren data hautatzen da eta histologia ipintzen da oinarri diagnostiko gisa.

2. Minbizi horren ondorioz ospitalean izandako lehen ospitaleratzearen data.

3. Minbizi horren ondorioz kanpoko kontsultetara/ambulatoriora eginiko lehen bisitaren data, ospitaleratu gabeko pazienteen kasuan.
4. 1, 2 edo 3 ez den beste data bat.
5. Heriotzaren data, eskuragarri dagoen informazio bakarra HBEa bada (HZB: heriotza-ziurtagiria bakarrik).
6. Heriotzaren data, minbizia autopsian aurkitzen bada, hau da, diagnostikoa autopsiaren ondoriozkoa bada bakarrik.

Zalantzazko tumore bat, bilakaeraren ondorioz, gaizto bilakatzen denean, portaera-digitua aldatzen da (bosgarren digitua) /1etik /3ra, eta hasierako diagnostikoaren data mantentzen da. **Salbuespena:** maskuriko tumore bat gaiztotzen denean, beste tumore bat bezala erregistratuko da.

20.- DIAGNOSTIKOAREN OINARRIA

Diagnostikoaren oinarri baliagarriena kodetzen da, 7tik 1erako lehentasun-hurrenkeran. ENCR-ren 2003ko kodetzea erabiltzen da:

- 0 HBEa. HBEa da eskuragarri dagoen informazio bakarra (HZB).
- 1 Klinikoa. Heriotzaren aurretik egindako diagnostikoa, hurrengo kategoriak izan ezik (2-7).
- 2 Ikerkuntza klinikoa. Proba diagnostikoak barne hartzen ditu, zitologia, histologia eta autopsia izan ezik. Besteak beste, irudi bidezko proba diagnostikoak hartzen ditu (X izpiak, endoskopia, EKO, OTA...).
- 3 Miaketa-kirurgia (adibidez, laparotomia) eta autopsia (histologiarik **gabe**).
- 4 Tumore-markatzaile espezifikoak. Barnean hartuta tumore-kokapen batentzako markatzaile biokimiko eta/edo immunologiko espezifikoak (5. taula).
- 5 Zitologia/Hematologia. Kokapen primario edo sekundario bateko zelulen azterketa, honako hauek barne hartuta: fluidoan xurgapena endoskopia edo ziztada bidez; odol periferikoaren azterketa mikroskopikoa eta hezur-muinaren puntzioa eta xurgapena.
6. Metastasiaren histologia (2017ko izandako intzidentzietatik aurrera)
- 7 Tumore primarioaren histologia, barne hartuta tumore primario ezagunaren autopsiako laginak eta hezur-muineko biopsia (gandor iliakoan).
- 8 AUTOPSIAGATIK BAKARRIK diagnostikatutako kasuak, histologiarekin.
- 9 Ezezaguna.

5. taula. Tumore-markatzaile espezifikoak.

Minbiziari buruzko informazioa biltzen duen aplikazio informatikoa (K43) aldatzen eta prestatzen ari gara markatzaileak jaso ahal izateko.

Organoa / tumorea	Markatzailea	Balioak
Koriokartzinoma	Giza gonadotropina korionikoa (GGK)	>100.000 NU gernuan
Prostata	PSA (prostatako antigeno espezifikoa)	(>10 ug/l)
Kartzinoma hepatozelularra	Alfa-fetoproteina (AFP)	>200 ng/ml serumean
Neuroblastoma	Katekolaminen degradazio-produktuak (HVA, MA)	
Mieloma	IgG>35 g/l edo IgA>20 g/l,	
Waldenström-en makroglobulinemia		IgM>10 g/l
Mieloma:	Gernuko IGak	kate arinen irazpena >1 g/24 h
Kolon eta ondesteko minbizia	CAE (antigeno kartzinoenbrionarioa)	>3 ng/ml
Pankreako minbizia	Ca 19-9	>37 u/ml
Obulutegia	Ca 125 > 35 u/ml	
Bularra	CK56	
	E-KADHERINA	
	ESTROGENOA	
	HER2	
	KI67	
	PROGESTERONA	
	BIMENTINA	

Baita PSA eta GLEASONa prostatan.

21. TUMOREAREN HEDAPENA

Diagnostikoaren uneko hedapena erregistratzen da. Estadioaren eta/edo TNMaren bidez lor daiteke.

1 *In situ*. (2. portaera).

- 2 Lokalizatua: tumoreak ez ditu gainditu jatorri-organoaren mugak. Linfomen kasuan, diafragmaren gaineko edo azpiko eremu linfatiko batera mugatzen direnak (I. estadioa).
- 3 Ingurukoa: hedapena inguruko beste organo edo gongoil linfatikoetara iristen da. Linfomen kasuan, eremu linfatiko bati baino gehiagori eragiten diotenak, baina diafragmaren alde bakar batean (II. estadioa).
- 4 Barreiatua: ageriko jarraitutasunik gabeko hedapena. Diafragmaren bi aldeetako eremu linfatikoei eragiten dieten linfomak (III. estadioa) edo eremu linfatikotik kanpoko kokapen batean edo gehiagotan erasan hedatsua dutenak, hala nola hezurmuinean edo gibelean (IV. estadioa).
- 0 Ez-aplikagarria. Digtu honekin kodetuko dira tumore onberak (0/ portaera), zalantzazko gaiztotasunekoak (1/ portaera), leuzemiak eta mielomak.
- 9 Ezezaguna.

21B.- Estadioa:

Estadioaren erregistroa (TNM) 2010ean diagnostikatutako tumoreekin hasi zen erabiltzen, hiru kokapenekin: bularra (C50), kolona-ondestea eta uzkia (C18-20-21) eta birika (C33-C34). Kodetzeko, TNM sistema erabiltzen da (7. edizioa, UICC, 2009). 2018an eta hortik aurrera diagnostikatutako tumoreen estadioak zehazteko, 8. edizioa erabiliko da.

Eskura dauden TNMak erregistratuko dira: TNM patologikoa (pTNM) eta/edo klinikoa (cTNM).

TNM sailkapena tratamendu neoadjubanteak iraun bitartean edo ondoren egiten denean (kimio/erradioterapia), inguruabar hori jaso egin beharko da cTNM edo pTNM estadioan, aldeztu aurretik «y» bat jarrita (ycTNM edo ypTNM). K43n ez da estadioen sailkapen berri hori sartzen; hortaz, analisisietan tratamenduen daten arabera bereiziko dira.

Estadioa. TNMaren laburpena jasotzen du, eta, hura bezala, patologikoa edo klinikoa izan daiteke.

22.- HASIERAKO TRATAMENDUA ETA DATA

Gaixotasunaren hasierako tratamendutzat hartuko da diagnostikoaren ondoren lehen tratamendu-lerro gisa ematen den tratamendua (bakarra edo konbinatua izan daiteke).

Hiru tratamendura arte erregistra daitezke. 2010etik aurrera, tratamendu bakoitzaren data erregistratzen da.

Ez dira kontuan hartuko gaixotasunaren errekurrentzia edo aurreratzeagatik beharrezkoak diren tratamenduak.

Balio hauek erabilia egingo da kodifikazioa:

- 0 Tratamendurik gabe.
- 1 Kirurgia. Exeresi kirurgiko bidez tumorearen masaren zitomurrizketa egiten den kasu guztiak biltzen ditu, nahiz eta guztiz erauzi ez. Ez dira sartuko tumorearen masaren murrizketarik ez dakarten ebakuntzak, hala nola trakeotomiak, jejunostomiak edo gastrostomiak. Tratamendu «sintomatikotzat» baino ez dira hartuko horrelakoak.
- 2 Kanpoko edo barneko erradioterapia, adibidez, iodo erradioaktiboa, asmo sendagarri edo aringarriarekin.
- 3 Transplantea. Hezur-muineko transplantea (odol periferikoaren transplante autologoa, zelula hematopoietikoen transplante autogenikoa, etab.), giblekoa eta beste batzuk.
- 4 Kimioterapia.
- 5 Hormonoterapia.
- 6 Immunoterapia. Bide immunologikotik diharduten teknika guztiak barne hartzen ditu (IFN interferona, IL interleukina, etab.), immunoezabatzaileak (azatioprina, talidomida, lenalidomina), BCG bidezko besikula barneko tratamenduak, etab.
- 7 Sintomatikoa bakarrik. Terapien xedea pazientearen egoera fisikoa hobetzea bakarrik denean aplikatuko da, tumorearen masaren gainean inolako eraginik izan gabe. Tratamendu aringarriak, deskarga-kirurgia, bypassa, etab. tratamendu sintomatikotzat hartuko dira. Kode hori aplikatuko da medikuek bestelako tratamenduak baztertzen dituztenean (adibidez, kirurgia, erradioterapia edo kimioterapia).
- 8 Beste terapia batzuk, hala nola tratamendu topikoak, azaleko tratamenduak (PUVA), *H. pylori*ren kontrako tratamendu antibiotikoak gradu baxuko linfoma gastrikoetan, kimioenbolizazioak, alkoholizazioak eta beste ataletan sailkatu gabeko beste batzuk.
- 9 Ezezaguna edo informaziorik ez. Atal hori informaziorik gabeko kasuetarako gordeko da.
- 10 Terapia biologiko berriak. Antigorputz monoklonalen eta proteinkinasaren inhibitzaileen bidezko tratamenduak barne hartzen ditu, besteak beste.

23.- TUMOREAREN HURRENKERA-ZENBAKIA

Programak esleituko du automatikoki, onberak, zalantzazkoak eta *in situ* direnak kontuan izan gabe.

24.- DATU-BASEKO ALTA-DATA

Programak esleituko du automatikoki. 2008tik erregistratzen da.

25.- SCREENINGA (2010etik)

1. Baheketa positiboa
2. Tarteko minbizia
3. Beste batzuk
4. Ezezaguna

26.- BERRIKUSKETA

Balio hauek erreferentzia egiten diote IARC egiaztatu ondoren eta, beharrezkoa bada, historia klinikoa berrikusi ondoren hartutako erabakiari. Egiaztapenean errorerik aurkitu den edo ez eta, hauteman bada, berrikusi ondoren aldatu edo mantendu dugun.

0. Berrikusi gabe
1. Berrikusia
2. IARC FLAG OK
3. IARC FLAG zuzendua
4. IARC FLAGen ondoren mantendua

Pazienteen jarraipena

Minbizi-kasuen datu-bilketa aktiboa ixteko, pazienteen jarraipena egiten da, haien bizi-egoera zein den jakiteko.

27.- Bizi-egoera

1. Bizirik
2. Hilda
3. Galduta
4. Lekualdatuta
9. Ezezaguna

Aldagai hau garrantzitsua da biziraupen-azterketak egiteko. Betetzeko, datu-baseak beste base edo informazio-iturri batzuekin gurutzatzen dira, jarraian zehazten den prozedura estandarra erabilita:

1. Dagokion urteko HBEekin gurutzatzea eta heriotza-datak eguneratzea.
2. Heriotzen indize nazionalarekin (HID) gurutzatzea eta heriotza-datak eguneratzea.
3. Hil ez direnak OTIarekin gurutzatzea; horrela, aktiboak bizirik daudela joko da ezarritako jarraipen-mugaegunean.

4. Azkenik, eskuzko bilaketa bat egiten da historia kliniko informatizatuan heriotza-datarik gabeko kasuen data zehazteko, OTIrik aurkitu ez zaienean, eta sistema sanitarioarekin izandako azken harremanaren data hautatuko da.
5. Kontsultatutako iturrietako batean ere identifikatu ezin diren kasuak galdutzat joko dira.

28.- HERIOTZA-DATA

Informazio-iturri fidagarriena Heriotzen Buletin Estatistikoa edo Heriotzen Indize Nazionala dira.

Gainerako daten formatu bera erabiliko da.

Urtea bakarrik ezagutzen badugu, 01-07 eta dagokion urtea esleituko da (01-07-AAAA), salbu eta diagnostikoaren urte berean hil bada. kasu horretan, diagnostiko-dataren eta urte amaieraren arteko erdiko puntua kalkulatu da.

Adibidez: Diagnostikoaren data: 31-08-1998

Esleitutako heriotza-data: 01-11-1998

29.- HERIOTZAREN KAUSA

Heriotzen Buletin Estatistikoetako oinarrizko heriotza-kausa jasoko da, GNS-10en arabera sailkatua. 2010etik jasotzen da.

30.- AUTOPSIA

Digitu hauek esleituko dira:

1 → Ez

2 → Bai

9 → Ezezaguna

31.- JARRAIPEN-DATA

Minbiziaren Erregistroak paziente horrekin harremana izan duen azken eguna da. Aldagai hau betetzeko mekanismoa «bizi-egoera» atalean azaldu da. Aldian behin eguneratzen da, biziraupena kalkulatzeko beharrezko aldagaia delako.

Pazientea hiltzen denean, bat egiten dute heriotza-datak eta jarraipen-datak.

Hil ez diren eta OTI aktiboa dutenen kasuan, data estandar bat jasoko da:

- 01/07/AAAA, bilaketa A urtearen bigarren erdian egin bada.
- 01/01/AAAA, bilaketa A urtearen lehen erdian egin bada.

Kasu galduetan, diagnostiko-egunaren ondorengo eguna esleituko da.

Gainerako daten formatu bera erabiliko da.

32.- OHARRAK

Egokitzat jotako datuak jasoko dira.

33.- NORA ATARIAREN KODEA

NORA EAEko administrazio orokorraren lokalizazio-sistema bat da, 2008an abian ipini zena. NORA erabilia, posta-helbideen georreferentziazioa erregistra daiteke. Erregistratutako kasu bakoitzak «Pazientearen NORA atariko kodea» eta «Tumorearen atariko kodea» izeneko bi aldagai ditu. Aldagai horien balioak EMERen datu-baseari gehitzen zaizkio automatikoki aldian behin, informatikak datuak OTIkoekin gurutzatzen dituenean. Horretarako, ezinbestekoa da pazientearen helbidea eta tumore bakoitza zuzen jasota egotea.

NORA atariko kodearen bidez azterketa espazialak egin daitezke, bai eta intzidentzia-mapak edo maila sozioekonomikoaren araberako azterketak ere, are pazientearen helbidea ezinbestekoa deneko beste azterlan epidemiologiko batzuk ere.

INFORMAZIO-ITURRIAK: OSPITALEETAKOAK ETA OSPITALETIK KANPOKOAK

EMEren informazio-iturriak ospitalekoak edo minbiziaren erregistro osagarrietako eta ospitaletik kanpokoak dira.

Ospitaleko iturriak ospitale publiko zein pribatuetakoak dira. Ospitale publikoetan, bostek ospitaleko erregistroa dute eta Osakidetzako zerbitzu zentralak koordinatzen dituzte. Beste informazio-iturri garrantzitsu bat Institutu Onkologikoko minbiziaren erregistroa da. Erregistro horiek modu periodikoan iraultzen dituzte EMEren aplikazioan datu berriak, bai eta jada jasotako aldaketa posibleak ere.

Ospitale hauek dute ospitaleko erregistroa: Araba Unibertsitate Ospitalea (AUO), Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea (GUO), Basurtuko Unibertsitate Ospitalea (BUO), Donostia Unibertsitate Ospitalea (DUO), Galdakaoko Ospitalea eta Gipuzkoako Institutu Onkologikoa.

DUOko erregistroa arduratzen da Gipuzkoako ospitale publikoetako informazioa biltzeaz. Populazioaren Erregistroak jasotzen du erregistrorik gabeko ospitaleen eta klinika pribatuen informazioa.

Ospitaletik kanpoko iturri dira kasuei buruzko datuak eman edo osa ditzakeen beste edozein erregistro demografiko edo sanitariotako datuak dituzten iturriak, hala nola asistentzia-sareko anbulatorioak eta anatomia patologikoko laborategiak.

EAEn martxan dira bularreko minbiziaren **baheketa-programa** (1996an hasia) eta kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa-programa (2009an hasia). Horiek programaren bidez diagnostikatutako minbizien eta tarteko minbizien berri ematen dute. Umetoki-lepoko minbiziaren baheketa-programa (2018an hasia) da beste informazio-iturri posible bat.

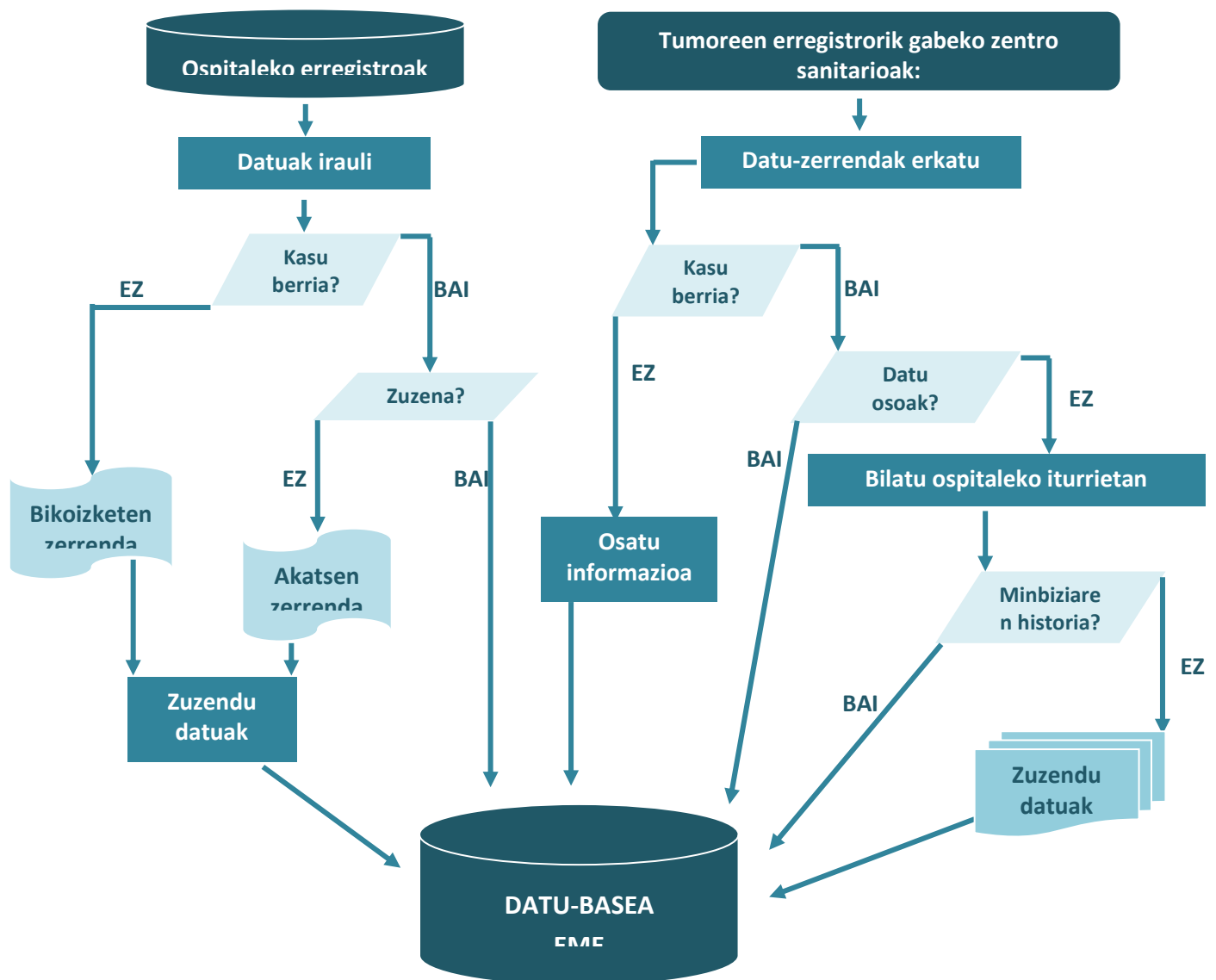
Osasun-txartel indibiduala (OTI) izen-abizenak osatzeko edo egiaztatzeko erabiltzen da batzuetan, bai eta kasuen jarraipena egiteko ere.

Hilkortasunaren erregistroa / Heriotzen Buletin Estatistikoak (HBE). Hilkortasunaren erregistroa informazio-iturri garrantzitsua da, exhaustibotasuna hobetzen duelako eta heriotza-data ematen duelako.

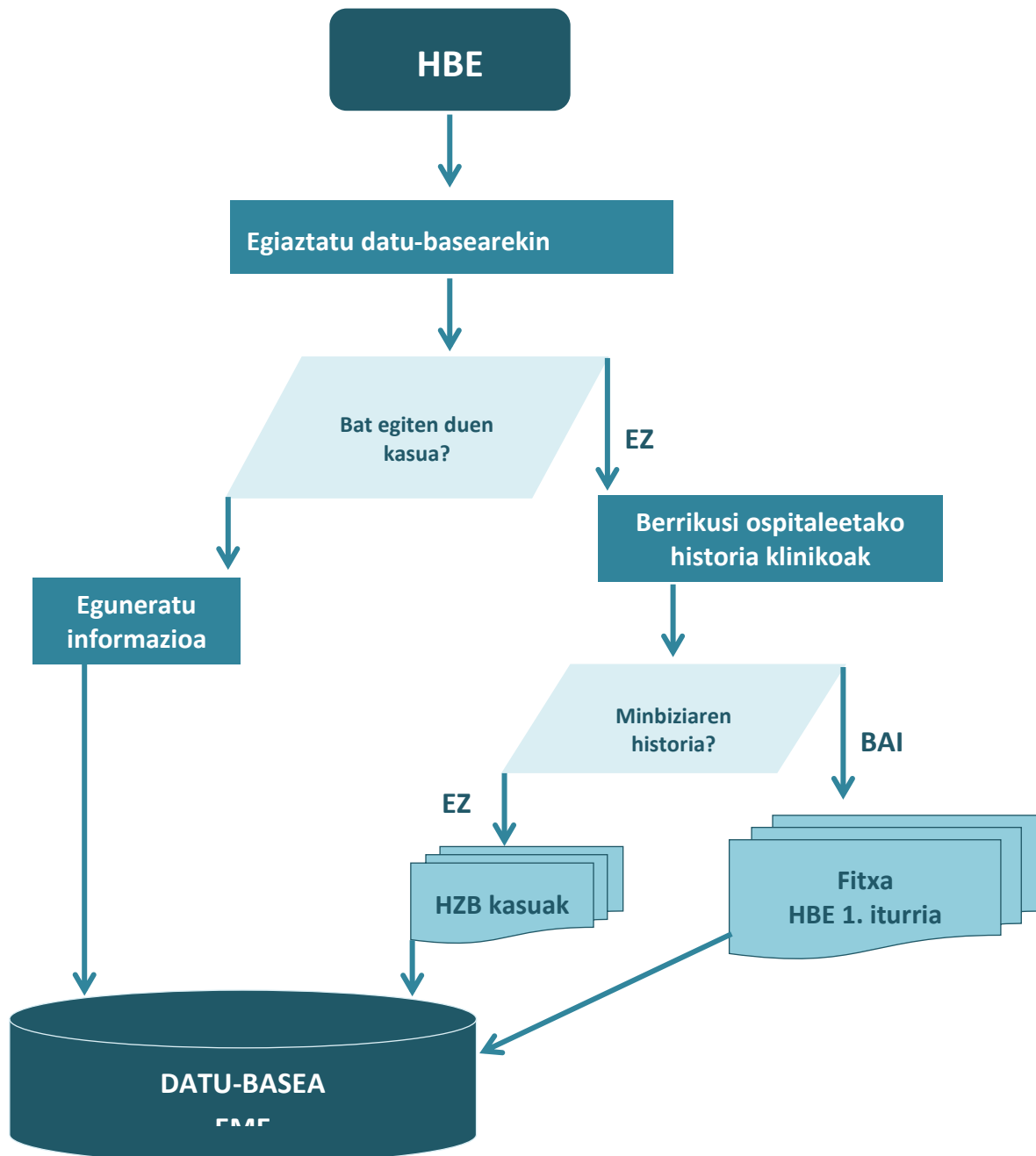
Heriotzen Indize Nazionala. Heriotza-data eta datu demografikoak ematen ditu.

Beste autonomia-erkidego batzuetako informazio-iturriak: Autonomia-erkidego mugakideetako zentro sanitario batzuk edo horien minbiziaren erregistroak biltzen dira bertan, beren ekarpenekin EMERen exhaustibotasuna hobetzen dutelako. Informazioa ematen duten beste autonomia-erkidego batzuetako minbiziaren erregistroak dira Errioxako Minbiziaren Erregistroa edo Nafarroako Minbiziaren Erregistroa.

1. irudia. **Datuak biltzeko prozesua**



2. irudia. Erregistro-prozesua heriotzen buletin estatistikotik abiatuta (HBE).



DATUEN PROZESAMENDUA

6. taula. **Ospitalean kargatzeko fitxategiaren formatua**

Eremuaren izena	Luzera	Mota	Nahitaezko eremuak
Gako alfanumerikoa (OTI alfanumerikoa)	15	Alfanumerikoa	
OTI	8	Zenbakia	
NAN	12	Alfanumerikoa	
Osabide kodea (IKK)	9	Zenbakia	
1. abizena	50	Alfanumerikoa	Bai
2. abizena	50	Alfanumerikoa	Bai
Izena	50	Alfanumerikoa	Bai
Sexua	1	Zenbakizkoa	Bai
Jaiotza-data	8	Data	
Heriotza-data	8	Data	
Autopsia-kodea	2	Zenbakizkoa	
Helbidearen kalea	35	Alfanumerikoa	
Probintzia	2	Zenbakizkoa	Bai
Udalerrria	3	Zenbakizkoa	
Posta-kodea	5	Zenbakizkoa	
Diagnostikoaren data	8	Data	Bai
Diagnostikoaren oinarria	2	Zenbakizkoa	Bai
Tumorearen kokapena (tonografia)	4	Alfanumerikoa	Bai
Histologia (morfologia)	5	Zenbakizkoa	Bai
Diferentziazio-maila	2	Zenbakizkoa	Bai
Tumorearen hedapena	2	Zenbakizkoa	Bai
T-klinikoa	4	Alfanumerikoa	
N_klinikoa	2	Alfanumerikoa	
M_klinikoa	2	Alfanumerikoa	
1_estadio_klinikoa	4	Alfanumerikoa	
2_estadio_klinikoa	1	Alfanumerikoa	
T_patologikoa	4	Alfanumerikoa	
N_patologikoa	2	Alfanumerikoa	
M_patologikoa	2	Alfanumerikoa	
1_estadio_patologikoa	4	Alfanumerikoa	
2_estadio_patologikoa	1	Alfanumerikoa	
1. zentroaren zenbakia	8	Zenbakizkoa	Bai
1. erregistro-zenbakia	7	Zenbakizkoa	Bai
1. historia-zenbakia	9	Zenbakizkoa	Bai

2. zentroaren zenbakia	8	Zenbakizkoa	
2. erregistro-zenbakia	7	Zenbakizkoa	
2. historia-zenbakia	9	Zenbakizkoa	
3. zentroaren zenbakia	8	Zenbakizkoa	
3. erregistro-zenbakia	7	Zenbakizkoa	
3. historia-zenbakia	9	Zenbakizkoa	
4. zentroaren zenbakia	8	Zenbakizkoa	
4. erregistro-zenbakia	7	Zenbakizkoa	
4. historia-zenbakia	9	Zenbakizkoa	
5. zentroaren zenbakia	8	Zenbakizkoa	
5. erregistro-zenbakia	7	Zenbakizkoa	
5. historia-zenbakia	9	Zenbakizkoa	
6. zentroaren zenbakia	8	Zenbakizkoa	
6. erregistro-zenbakia	7	Zenbakizkoa	
6. historia-zenbakia	9	Zenbakizkoa	
*1. tratamendua	2	Zenbakizkoa	Bai
1. tratamenduaren data	8	Data	Bai
*2. tratamendua	2	Zenbakizkoa	
2. tratamenduaren data	8	Data	
*3. tratamendua	2	Zenbakizkoa	
3. tratamenduaren data	8	Data	
Aldebikotasuna	1	Zenbakizkoa	
**Berrikuspen-eguna	8	Data	
Osakidetzaren oharrak	1000	Alfanumerikoa	
***Aldatuta	1	Zenbakizkoa	
Tumorearen kodea	Osakidetzar en kodea		Bai

* Hasierako tratamendua izan behar da, ez berriz erortze batena.

** Berrikuspen-data azken berrikuspenaren data da.
Data guztiak EEHHUUUU formatuan egongo dira.


***Aldatuta

- 0 Kasu berria. Lehendik irauli gabekoa
- 1 Pazientearen datuak aldatu dira
- 2 Tumorearen datuak aldatu dira
- 3 Tumorearen baja

Osakidetzak TXT fitxategi bakarra bidaltzen du deskribatutako karga-formatuarekin, eta bertan sartzen ditu kasu berriak eta azken bidalketatik aldatu direnak edo baja eman zaienak.

Ospitaleko fitxategia ASCII formatuan jasotzen da, eta datu-basera iraultzeko aplikazioaren bi funtzio erabiltzen dira:

1. Ospitaleko erregistroaren balidazioa



The screenshot shows a web application interface for the validation of hospital cancer records. At the top, it identifies the 'DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO' and 'Euskara / Gaztelania' languages. A navigation menu on the left includes 'OSPITALEKO ERREG.' (highlighted), 'TUMOREEN KUDEAKETA', 'TXOSTENAK - ZERRENDAK', 'KANPOKO FITXATEGIAK', and 'ADMINISTRAZIOA'. The main content area is titled 'Tumoreen Ospitaleko Erregistroaren Balidazioa' and contains the instruction: 'E-Indique la ruta del fichero a validar y si lo desea una descripción'. Below this, there is a 'Deskripzioa:' label followed by a large text input area, and a 'Fitxategia:' label followed by a file path input field and an 'Examinar...' button. A blue 'ONARTU' button is positioned below the input fields. At the bottom, there is a copyright notice '© 2003 EUSKO JAURLARITZA - GOBIERNO VASCO' and a 'AVISO LEGAL / PRIVACIDAD' link.

«Balidazio» eskaera bidali eta gero, «Batch prozesuen kudeatzaile»aren bidez agertuko dira:

1.1. Bikoizketa posibleen zerrendak

Zerrenda horietan agertzen diren kasuekin honako hauek egiaztatuko dira:

- 1.1.1. Beste zentro batean erregistratutako tumore bera bada, informazioa osatuko da eta zerrendatik kenduko da.
- 1.1.2. Tumorea desberdina bada eta beste tumore primario bat dela erabakitzen bada, OTI zenbakiak bat egiten duela egiaztatuko da eta «berrikusia» gelaxka markatuko da tumorean. Horrela, «eguneratzea» aukera aktibatzean, datu-basean kargatuko da.
- 1.1.3. Kasua erregistratu gabe badago baina abizenak eta jaiotza-urtea beste kasu baten berberak badira, «berrikusia» gelaxka markatuko da, datu-basean kargatu dadin.

1.2. Balidazio-akatsen zerrenda

Berrikusketa egin ondoren, «berrikusi» gisa markatuko dira, dagokionean.

2. Ospitaleko erregistroaren eguneratzea

Balidatutako kasuan datu-basera transferitzeko, «balidazio»ren ondorengo egunean «ospitaleko erregistroa eguneratze»ko eskaera egingo da, eta hori ere Batch prozesuen bidez exekutatuko da.

Euskara / Gaztelania

OSPITALEKO ERREG.	→ Tumoreen Ospitaleko Erregistroa Eguneratzea					
Ospitaleko Erregistroa Balidatzea	Erregistroan eguneratu nahi duzun informazioa hautatu eta EGUNERATU sakatu:					
Ospitaleko Erregistroa Eguneratzea	Deskripzioa:					
TUMOREEN KUDEAKETA	Bazt. Kop.: 0					
TXOSTENAK - ZERRENDAK	E-Territorio	Balidazio Dat.	E-Nº Casos	E-Errores	E-Válidos	E- Nº Carg.
KANPOKO FITXATEGIAK	<input type="checkbox"/>	ARABA/ÁLAVA	06-11-2019	245	13	0
ADMINISTRAZIOA	<input type="checkbox"/>	GIPUZKOA	06-11-2019	1212	20	0
	<input type="checkbox"/>	BIZKAIA	06-11-2019	1258	42	0
	<input type="checkbox"/>	BESTEAK	06-11-2019	2993	2478	0
	1 orria 1tik					
	E-Diferencias No Considerables: 903					
	EGUNERATU		EZABATU			

Iraulketa hiru lurralde historikoetara banatuko da, kontuan izanik informazioa bidali duen lehen ospitalea zein izan zen, dataren arabera ordenatuta.

Heriotzen buletin estatistikoak (HBE)

EMEren eta Hilkortasun Erregistroaren datu-baseen arteko gurutzaketa eta prozesamendua modu automatikoan egiten dira.

HBEak dira datu-baseari gehitzen zaion azken informazioa, eta beste iturri batzuetatik bildu ez diren kasuen berri ematen dute. Dagokion urteko heriotzak gurutzatzen dira K43n HBE iturri gisa jasota ez duten kasu guztiekin. Bat egiten duten kasuekin fitxategi bat prestatzen da aplikazioan kargatzeko HBE iturria, heriotza-data eta kausa. Bat egiten ez duten eta tumore, masa, neoplasia, neoformazio edo minbiziren bat aipatzen duten kasuak EAEko zentro sanitarioetan bilatuko dira, egokia bada K43ra gehitzeko.

DATUEN KONFIDENTZIALTASUNA

Zenbait legek eragina dute datuen babesean, hasi Europako 95/46 Zuzentarautik eta pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubideak eta obligazioak arautzen dituen oinarrizko legeraino (41/2002 Legea). Legerik berriena 3/2018 Lege Organikoa da, abenduaren 5ekoa, datuak babestekoa eta eskubide digitalak bermatzekoa. Izan ere, tratatzeko moduko edozein euskarritan (papera, magnetikoa edo telematikoa) erregistratzen diren datu pertsonalei aplikatu behar zaie, bai eta ondoren egiten den horien erabilera orori.

EMEn lan egin eta datuetarako sarbidea duen pertsona orok horien konfidentzialtasuna gordetzeko betebeharra du. Sekretu-eginbeharra bera da pertsonen egoera edozein izanik ere (hilik edo bizirik) eta iraupen mugagabea du, baita lan-kontratua amaitu ostean ere. Datu pertsonal identifikagarriak ez dira inolako bitartekoren bidez transmitituko Erregistroko zuzendariaren baimenik gabe edo baimen hori eskuordetzan jaso duen EMeko pertsonaren baimenik gabe.

KALITATE-KONTROLA

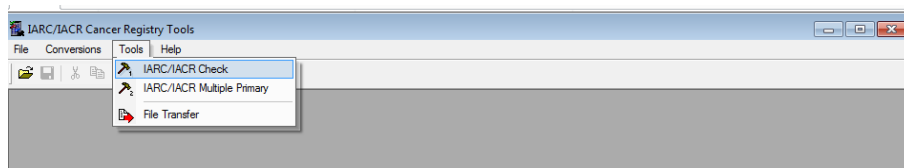
Minbiziak urte jakin batean izan duen intzidentzia itxiztat eman aurretik, datuen kalitatea aztertu behar da.

1. IARCen egiaztapena. IARCen programa baten bidez (IARCcrg.tools) datuen barne-kontsistentzia egiaztatzen da. Urratsak:

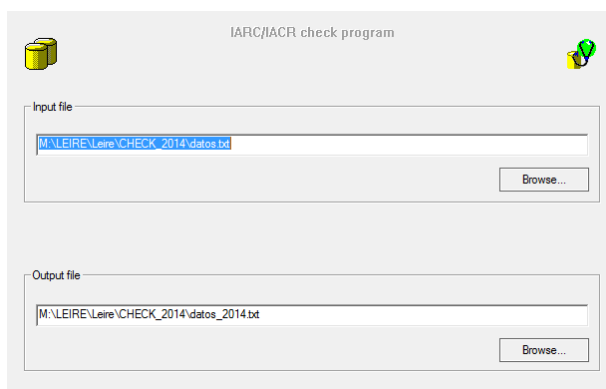
1.a. Horretarako, testu-fitxategi bat sortu behar da (Input file: *datos.txt*), aldagai hauekin:

- Erregistro-zenbakia: (Erregistro-urtea+Erregistro-zenbakia)
- Sexua
- Topografia (GNS-O-III)
- Histologia (GNS-O-III)
- Portaera (GNS-O-III)
- Gradua (GNS-O-III)
- Oinarri diagnostikoa
- Intzidentziaren data (diagnostikoaren data)
- Jaiotza-data
- Adina

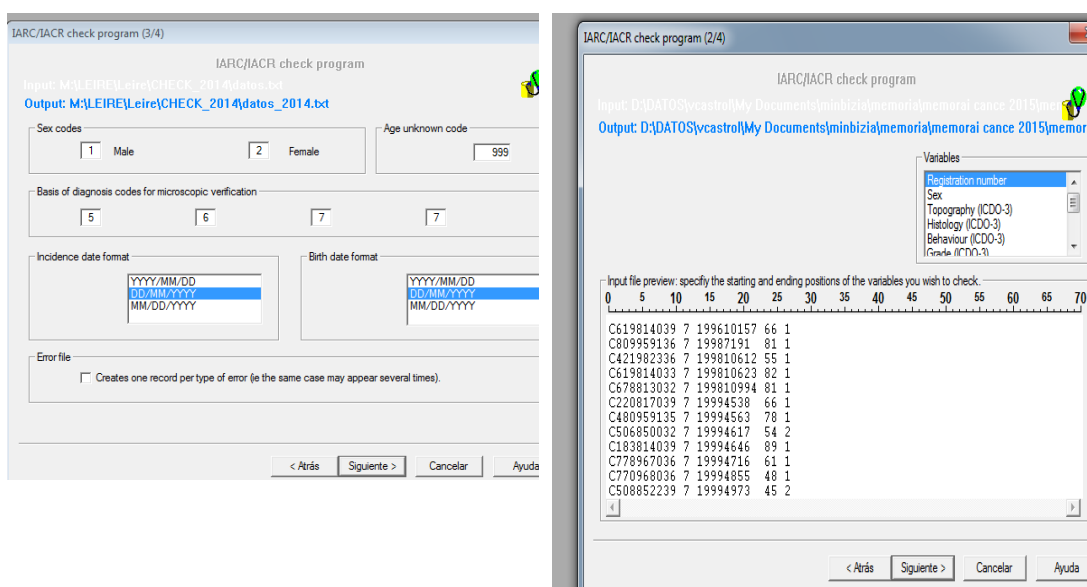
1.b. Aplikazioa ireki eta Tools / IARC Check aukera hautatu.



1.c. Input file eremuan *datos.txt* fitxategia kargatu eta output file eremuan *datos_XXXX.txt* itsatsi



1.d. Programak adierazitako urratsei jarraitu



1.e. Aplikazioak hiru fitxategi emango dizkigu, datuen barne-kontsistentzia aztertzeko:

- 1) «**err**». Testu-fitxategi bat, programak aztertutako aldagaiekin aurkitu dituen kode ezinezko edo sinesgaitzak dituzten erregistro kasuekin.
- 2) «**chk**» (abisuak). Berrikusi behar diren erregistroak, programak kode eta aldagai-konbinazio inprobableak aurkitu dituelako eta horiek berretsi behar direlako.
- 3) «**log**». Informazioaren laburpena eskaintzen duen fitxategia

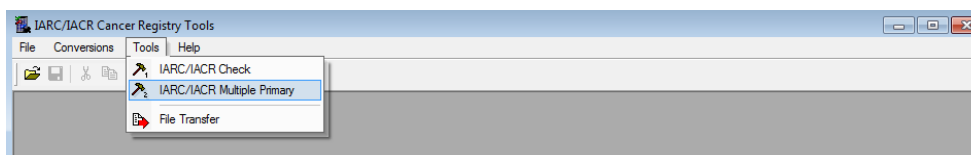
2. IARCen egiaztapena tumore anizkoitzentzat. Urratsak:

2.a. Testu-fitxategi bat sortu behar da (Input file: *datos.txt*), aldagai hauekin:

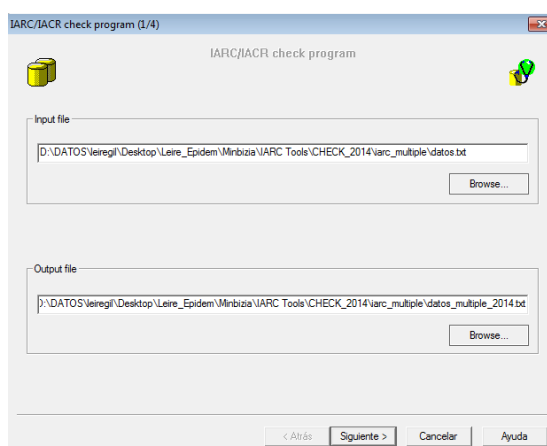
- Pazientearen identifikazioa
- Tumoreen hurrenkera (sequence number)
- Sexua

- Topografia (GNS-O-III)
- Histologia (GNS-O-III)
- Portaera (GNS-O-III)
- Intzidentziaren data (diagnostikoaren data)

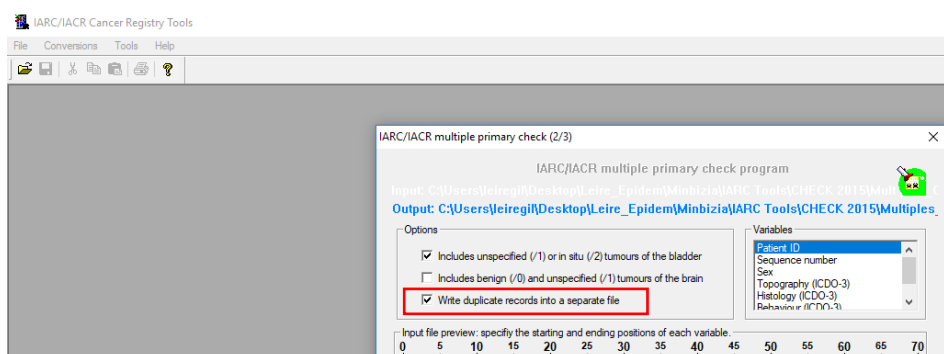
2.b. Aplikazioa ireki eta Tools / IARC/ IARC Multiple Primary aukera hautatu.



2.c. Input file eremuan datos.txt fitxategia kargatu eta output file eremuan datos_XXXX.txt itsatsi



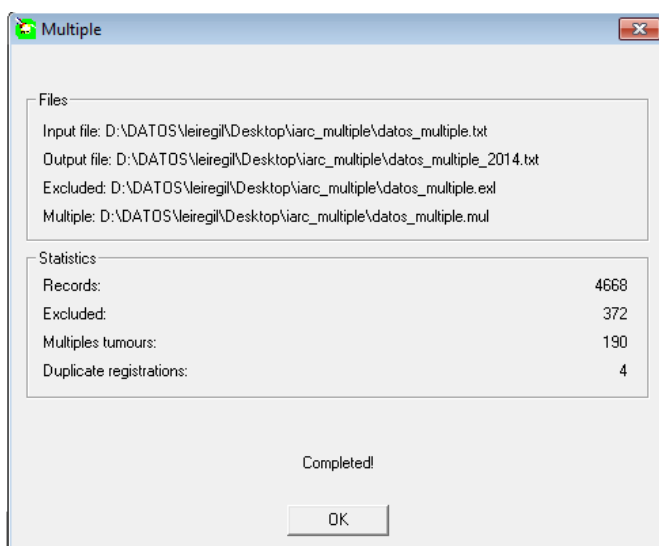
2.d. Programak adierazitako urratsei jarraitu



2.e. Aplikazioak fitxategi batzuk emango ditu:

- 1) «.exl». /0, /1 eta /2 portaera duten tumoreak agertzen dira.
- 2) «.mul». Fitxategi hau agertuko da aldeaz aurretik «Write duplicate records into a separate file» aukera hautatu bada. Tumore bikoiztuak jasoko dira bertan, IARCen arauen arabera. «datos.exl» artxiboko tumoreak izan ezik.

3) **Output fitxategia (.txt):** input fitxategi formatu berean ditu tumoreak, baina ez ditu barne hartzen «datos.exl» artxiboan identifikatutako erregistroak. Tumore bikoiztuak ere kanpo uzten ditu «Write duplicate records into a separate file» aukera hautatu bada. Aukera hori hautatu ez bada, erregistro bakoitzaren amaieran zenbaki bat agertuko da. 0 izango da erregistro baliodunetan eta >0 erregistro bikoiztuetan.

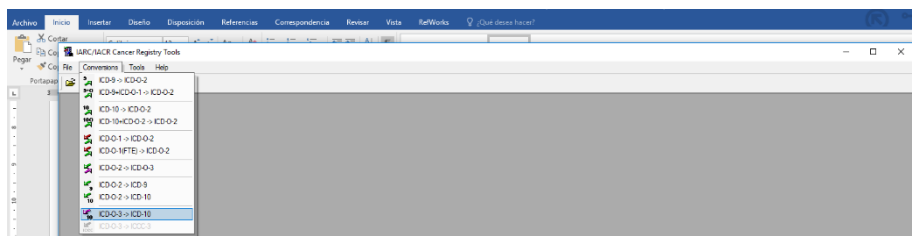


3. Datuak GNS-O-IIItik GNS-10era aldatzeko modua. Urratsak:

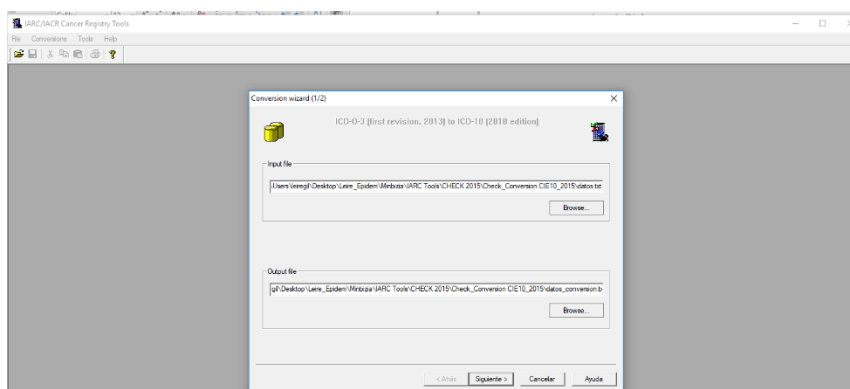
3.a. Testu-fitxategi bat sortu behar da (Input file: *datos.txt*), aldagai hauekin:

- Erregistro-zenbakia (Erregistro-urtea+Erregistro-zenbakia)
- Sexua
- Topografia (GNS-O-III)
- Histologia (GNS-O-III)
- Portaera (GNS-O-III)
- Diferentziazio-maila

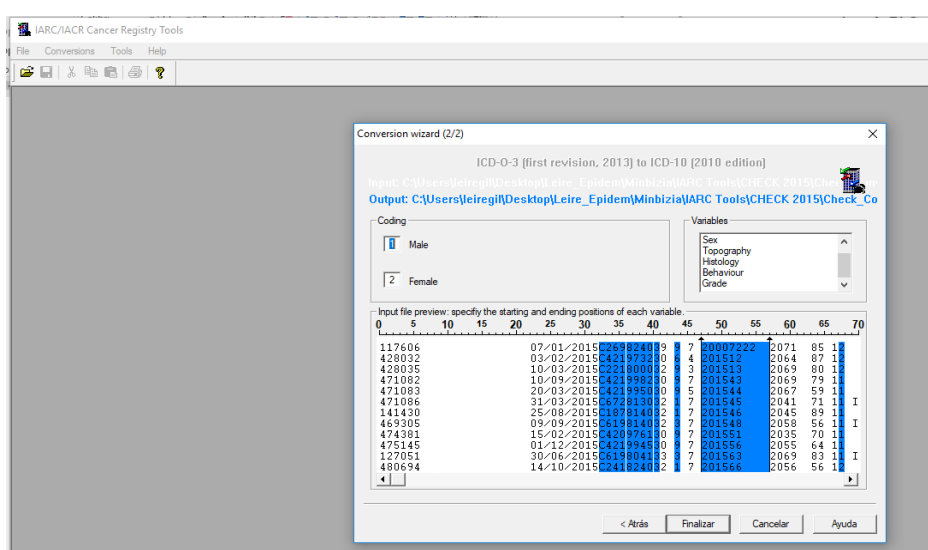
3. b. IARC Cancer Registry Tools ireki eta hautatu Conversions/ICD-O-3 → ICD-10 aukera.



3.c. Input file eremuan datos.txt fitxategia kargatu eta output file eremuan datos_XXXX.txt itsatsi



3.d. Programak adierazitako urratsei jarraitu



3.e. Aplikazioak fitxategi batzuk emango ditu:

- 1) **“.eO3to10”**. Bihur ezin daitezkeen tumoreak daude: okerreko GNS-O-III kodeak, baliozkoak ez diren sexua/topografia edo topografia/morfologia konbinazioak.
- 2) **“.wO3to10”**. Berrikusi beharreko erregistroak ditu.
- 3) **Output fitxategia (.txt)**. Tumoreak GNS-10era aldatuta biltzen dira hemen.

4. Erregistro baten kalitatearen beste adierazle batzuk.

- Kasu intzidenteen ehunekoa, HBEaren, kokapenaren eta sexuaren arabera identifikatuta. Kasu kopuruaren konparazioa aurreko 3 urteetako batezbestekoarekin.
- Hilkortasuna/intzidentzia tasa gordinen ratioa kokapenaren (baliokideak direnean) eta sexuaren arabera.
- HBE iturri bakarra dute kasuen ehunekoa. Hau da, 0 oinarri diagnostikoa dutenak.

- Tumore primario ezezaguna eta gaizki definitutako kokapenak dituzten kasuen ehunekoak.
- Adin ezezaguna edo 01/07/XXXX jaiotza-data duten kasuen ehunekoak.
- Oinarri diagnostiko ezezaguna duten kasuen kopurua (oinarria: 9).
- Tumore anizkoitzen kopurua.

5. Gogoeta partikularrak. Barneko egiaztapenak.

5. digitua (portaera) 0 (onbera) edo 1 (zalantzazkoa) bada, hedapena hau izango da: 0 (ez-aplikagarria).

5. digitua 2 (*in situ*) bada, hedapena hau izango da: 1 (lokalizatua).

5. digitua 3 («inbaditzailea») bada, hedapena hau izango da: 3, 4 edo 9, eta inoiz ez 0 edo 1.

Oinarri diagnostikoa: 5 (zitologia); 7 (histologia) eta 8 (autopsia bidezko diagnostikoa, histologiarekin) EZIN dira inoiz joan M8000/* morfologia inespezifikoarekin batera.

M8000/3 morfologia, beti 9 diferentziazio-graduarekin.

Tratamendua kirurgia bada, morfologiak ezin du izan M8000/*.

M8000* eta oinarria histologia (5/7/8): akatsa.

5. digitu morfologikoa 0 edo 1 bakarrik hauetan: obulutegia (C56), NSZ (C70-72) eta maskuria (C67).

TRANSIZIOKO KARTZINOMA/UROTELIALA (M8120/3): giltzurrunean (C64) ez dago trantsiziokorik.

PLASMAZITOMA: Hezurrekoa: M9731/3 + Topo 40-41; **Estramedularra:** M9734/3 + Topo =/ 40-41

KARTZINOMA KROMOFOBEOA: guruin pituitarioan (C75.1) honela kodetzen da: M8270/3, eta giltzurrunean (C64) honela kodetzen da: M8317/3, 2012tik aurrera.

KARTZINOMA PAPILARRA: tiroidean (C73) eta giltzurrunean (C64): M8260/3; k. papilarra bularrean (C50): M8503/3 (ez M8050/3).

LINFOMA ESPLENIKOIA (M9689/3) C42.2 topografia izan behar du.

KARTZINOMA BASOZELULARRA (M8090) EZ da erregistratzen.

KARTZINOMA EPIDERMOIDEAK (M805-M808) inoiz ez C44n. Azaleko kartzinoma epidermoideak zakilean (C60), eskrotoan (C63.2) eta aluan (C51) bakarrik erregistratzen dira.

KAPOSI-REN SARKOMA (9140/3) INOIZ EZ C44n.

KORDOMAK M937*/3 BETI hezurrean (C40-41). Cordoma clivus C41.0 (ez C71).

WALDENSTRÖM-EN MAKROGLOBULINEMIA (9761/3) beti C42.0n.

GIBELA

C22.0 eta M817* (hepatokartzinoma) edo M818* (hepatokartzinoma eta kolangiokartzinoma) ez den morfologia.

C22.1 eta M8160 (kolangiokartzinoma) edo M8161 (zitadenokartzinoma) ez den morfologia.

Klatskin-en tumorea (M8162/3) beti gibeletik kanpoko behazun-bideetan: C24.0 (ez C22.1).

M8140/3 (adenokartzinoma) + C22.0, posible da M8170/3.

M8140/3 (adenokartzinoma) + C22.1, beti kolangiokartzinoma: M8260/3.

NERBIO-SISTEMA

NSZko tumore gaiztoek, oro har, hedapen lokalizatua dute, baita lobulu bati baino gehiagori erasaten dietenean ere (C718 kode topografikoarekin identifikatuko da hori).

Meningiomak (**C70**) oso gutxitan dira gaiztoak.

Meningioma meningoendotelialaren kodea M9531/0 da; GNS-O-IIIko aurkibide alfabetikoan agertzen den morfologia gaizki dago.

C70 topografia M80000/M80001/M80003rekin meningioma da seguruenik.

Hipofisiko adenomak kode espezifikoa du GNS-O-IIIIn (2003): M8272/0 (ez erabili: M8140/0).

Neurinoma (M9560/0) C72n kodetzen da. EZ kodetu C71n (adibidez, angelu pontozerebelosoa).

UMETOKI-LEPOA

CIN III=M8077/2 (umetoki-lepoko neoplasia intraepiteliala). Gaur egungo joera da gradu baxuko SIL gisa (CIN I) eta gradu altuko SIL gisa (CIN II eta III) sailkatzea: Azken horiek erregistrokoak dira.