



# Guía para la codificación de los Conjuntos Mínimos de Datos

Enero 2021

Versión: 1.0.2

Salud.uy

## Control de cambios

Fecha	Versión	Responsables	Cambios
06/2020	1.0.0	Equipo CMD	Creación del documento
Octubre 2020	1.0.1	Equipo CMD	Se agregan ejemplos de Null Flavor en la sección 4.4 del documento
Diciembre 2020	1.0.2	Equipo CMD	Se agrega un Dominio para el campo Procedimientos en la Tabla N°3. Dominios para CMDs disponibles en los Servicios Terminológicos ofrecidos por Salud.uy

## Contenido

Control de cambios .....	2
Contenido .....	3
1. Alcance .....	5
2. Introducción .....	5
3. Objetivo del documento .....	6
4. Subconjuntos de valores .....	6
4.1. Subconjuntos del Cabezal del CMD.....	6
Tabla N°1. Subconjuntos de valores del cabezal del CMD .....	6
4.2. Subconjuntos del Cuerpo del CMD .....	7
Tabla N°2. Subconjuntos de valores del cuerpo del CMD .....	8
4.3. Implementación de subconjuntos de valores .....	12
4.3.1 Consumo a través del Servidor de Terminología .....	12
Tabla N°3. Dominios para CMDs disponibles en los Servicios Terminológicos ofrecidos por Salud.uy .....	12
4.3.2 Consumo a través del Módulo de Diccionario Central.....	13
4.4. Valores nulos .....	13
Ejemplos Null Flavors .....	17



## 1. Alcance

La presente Guía está dirigida a los equipos de informática médica y de implementación de estándares informáticos de las instituciones de salud públicas y privadas, que participen en el proceso de implementación de los Conjuntos Mínimos de Datos (CMDs) en el marco del Plan de Adopción de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) de Uruguay.

## 2. Introducción

La HCEN tiene como principal cometido mejorar el proceso asistencial de los usuarios del sistema de salud, permitiendo, en el marco de la normativa vigente, consultar la información clínica de un usuario ante un evento asistencial, independientemente del prestador de Salud que lo esté atendiendo.

Entre los elementos necesarios para cumplir con el objetivo del intercambio de información asistencial entre todos los actores del sistema de salud, se encuentra la normalización de la información clínica a través de la definición de modelos de representación de los documentos que contienen dicha información.

La generación de arquetipos permite definir modelos de información clínica, especificando los contenidos, estructura y significado básico de un conjunto de datos denominado Conjunto Mínimo de Datos que conforma un determinado documento clínico. Dichos documentos se basan en la utilización de las definiciones de los estándares internacionales de registro clínico, norma ISO 13606 y HL7 CDA; utilizando los estándares terminológicos LOINC y SNOMED CT, para desarrollar sistemas interoperables semánticamente.

Los CMDs representan datos e información seleccionada y estructurada de un determinado evento asistencial, originados en un prestador de Salud, considerados indispensables para la continuidad asistencial, y que serán intercambiados a través de HCEN.

Para su definición se trabajó con grupos específicos de expertos y referentes en la temática, y posteriormente fueron validados por el Ministerio de Salud Pública.

Estos datos se representan a través de variables y sus respectivos subconjuntos de valores. La codificación de estos datos permite interpretar de manera automática la información permitiendo un posterior análisis. Estos conjuntos de valores alternativos posibles se encuentran disponibles a través del Módulo de Diccionarios Central o del uso de los Servicios Terminológicos (ST) ofrecidos por Salud.uy.

### 3. Objetivo del documento

El propósito de esta guía es especificar los subconjuntos de valores posibles que puede adoptar cada variable contenida en los siguientes CMD:

- Consulta no urgente
- Consulta urgente – emergencia centralizada
- Consulta urgente – emergencia extrahospitalaria
- Egreso de Internación.

Asimismo, se describe el lugar dónde se encuentran disponibles estos subconjuntos, sus diferentes formas de implementación y su flujo operativo, a fin de lograr su correcta completitud.

### 4. Subconjuntos de valores

Tal como se mencionó, las terminologías utilizadas actualmente para representar los valores del CMD son SNOMED CT y LOINC.

Los subconjuntos de valores para las variables de los CMDs se detallarán en la presente guía en 2 tablas. En la tabla N°1 se visualizan los subconjuntos del cabezal del CMD, en donde se encuentran las variables correspondientes a los datos de la persona y el evento asistencial. En la tabla N°2 de valores del cuerpo del CMD, se encuentran los datos clínicos del evento, por ejemplo, motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos realizados, etc.

#### 4.1. Subconjuntos del Cabezal del CMD

Se encuentran en el Módulo de Diccionario Central<sup>1</sup> y se muestran en la siguiente tabla:

Tabla N°1. Subconjuntos de valores del cabezal del CMD

Nombre	Localización en el CDA
Nombre genérico del documento (Eje 1)	code.code
Nombre detallado del documento (Eje 2)	encompassingEncounter→code.code

<sup>1</sup> Disponible en el Centro de Conocimientos de AGESIC

Servicio (Eje 3)	healthCareFacility→code.code
Identificadores de sexo ISO 5218	administrativeGenderCode.code
Confidencialidad	ConfidentialityCode
Identificadores para paciente	patientRole→ id.root
Identificadores para autor	assignedAuthor→id.root
Identificadores países ISO para autor y paciente	Tabla complementaria para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patientRole→ id.root</li> <li>• assignedAuthor→id.root</li> </ul>
Organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RepresentedOrganization→id.root</li> <li>• RepresentedCustodianOrganization →id.root</li> </ul>

## 4.2. Subconjuntos del Cuerpo del CMD

La tabla que figura a continuación describe:

- a) Nombre del subconjunto de valores<sup>2</sup>.
- b) Identificación del subconjunto de valores:
  1. Campo del CMD: Lugar del CDA en que se debe registrar el valor seleccionado del subconjunto:
    - En “value.code” se debe registrar el código correspondiente al concepto de SNOMED-CT (“conceptId”)
    - En “value.displayName” se debe colocar la descripción seleccionada por el médico.
  2. El OID de dicho subconjunto.
- c) Lugar donde estará disponible el Subconjunto.

<sup>2</sup> Los subconjuntos que contiene cada CMD se mencionan en su respectiva guía de implementación.

Tabla N°2. Subconjuntos de valores del cuerpo del CMD

Nombre	Identificación		Disponible a través de:
	Campo del CMD	OID subconjunto	
Tipo de ingreso	Tipo de ingreso → value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.16	1. Módulo de Diccionario Central
Descripción del diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción diagnóstico → value</li> <li>• Descripción de la complicación → value</li> <li>• Descripción del diagnóstico secundario → value</li> <li>• Descripción del diagnóstico de comorbilidad → value</li> </ul>	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.13	1. Módulo de Diccionario Central 2. Servicios terminológicos
Evento adverso	Evento adverso → value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.19	1. Módulo de Diccionario Central 2. Servicios terminológicos
Grado de certeza	Grado de certeza → value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.12	1. Módulo de Diccionario Central



Estado del problema	Estado del problema→value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.43	1. Módulo de Diccionario Central
Estudio de imagen	Estudios de imagen→ procedure.code	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.30	1. Módulo de Diccionario Central  2. Servicios terminológicos
Estudio de laboratorio	Estudios de laboratorio→procedure.code	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.16.858.2.10000675 .72591.12.31 (SNOMED)</li> <li>• 2.16.858.2.10000675 .72591.12.67 (LOINC)</li> </ul>	1. Módulo de Diccionario Central  2. Servicios terminológicos
Procedimientos	Procedimiento →code	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.27	1. Módulo de Diccionario Central  2. Servicios terminológicos
Otros estudios	Otros estudios→procedure.code	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.29	1. Módulo de Diccionario Central  2. Servicios terminológicos

Resultado del procedimiento	Resultado del procedimiento →value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.28	1. Módulo de Diccionario Central
Motivo de consulta/ Motivo de Ingreso	Motivo de consulta o ingreso →value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.13	1. Módulo de Diccionario Central 2. Servicios terminológicos
Tipo de área de acceso restringido	Tipo de área de acceso restringido→ value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.41	1. Módulo de Diccionario Central
Finalización de la atención (subset para egreso hospitalario)	Finalización de la atención→ value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.3	1. Módulo de Diccionario Central
Finalización de la consulta (subset para emergencia centralizada)	Finalización de la consulta→value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.3	1. Módulo de Diccionario Central
Finalización de la consulta (subset para emergencia extra hospitalaria)	Finalización de la consulta→value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.3	1. Módulo de Diccionario Central

Nivel de dependencia de enfermería (NDE)	Nivel de dependencia de enfermería →value	2.16.858.2.10000675.7 2591.4.17.1	1. Módulo de Diccionario Central
Fármaco	Fármaco→consumable→manufacturedProduct→manufacturedMaterial→code	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.44	1. Módulo de Diccionario Central
Vía de administración	Fármaco →routeCode	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.45	1. Módulo de Diccionario Central
Unidad de tiempo	Fármaco →effectiveTime Frecuencia de administración→value	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.65	1. Módulo de Diccionario Central
Unidad de cantidad de fármaco	Fármaco→doseQuantity	2.16.858.2.10000675.7 2591.12.66	1. Módulo de Diccionario Central

### 4.3. Implementación de subconjuntos de valores

Los subconjuntos de valores están disponibles en el Servidor de Terminología (ST) o en el Módulo de Diccionario Central.

#### 4.3.1 Consumo a través del Servidor de Terminología

Para el Programa Salud.uy, los ST son un componente esencial en el desarrollo de la HCEN, pues su implementación se orienta a fortalecer la calidad semántica de los datos registrados durante el acto asistencial, permitiendo que la información clínica se registre de forma estructurada, mediante estándares de terminología clínica internacional (SNOMED CT).

En la “Guía técnica de Servicios Terminológicos”<sup>3</sup> se podrán visualizar los diferentes flujos operativos para el consumo de los ST según la implementación elegida.

La tabla N°3 describe el nombre de los campos que integran los CMDs que pueden consumirse a través de los ST, y el dominio disponible para su consumo<sup>4</sup>.

Tabla N°3. Dominios para CMDs disponibles en los Servicios Terminológicos ofrecidos por Salud.uy

Campo del CMD	SubsetId	Descripción del dominio
Descripción del diagnóstico	601000999132	Problemas
Estudio de imagen	20761000999138	Prácticas
Estudio de laboratorio	20761000999138	Prácticas
Evento adverso	601000999132	Problemas
Motivo de consulta	601000999132	Problemas
Otros estudios	631000999139	Procedimientos
Procedimientos	631000999139	Procedimientos

<sup>3</sup> Disponible en el Centro de Conocimientos de AGESIC.

<sup>4</sup> Los campos que no se mencionan en la tabla N°2 estarán disponibles solamente a través del Módulo de Diccionario Central.

	20761000999138	Prácticas
--	----------------	-----------

*Fuente: Guía de Servicios Terminológicos.*

#### 4.3.2 Consumo a través del Módulo de Diccionario Central

La plataforma de HCEN cuenta con un Módulo de Diccionario Central desde el cual se podrán descargar los catálogos publicados y actualizados por Salud.uy. Estos catálogos podrán ser utilizados para registrar los valores de los campos en los documentos clínicos generados por los prestadores de Salud del SNIS.

Los catálogos contienen el código y la descripción de cada valor del subconjunto a registrarse en los atributos code y displayname del valor de cada entrada respectivamente dentro del CDA.

Si el clínico no encontrase dentro del subconjunto el término deseado, cada prestador tendrá la posibilidad de solicitar a Salud.uy la inclusión de dicho término a través de [snomed@salud.uy](mailto:snomed@salud.uy), indicando el contexto para el cual será utilizado (campo y CMD correspondiente) y el fundamento, así como bibliografía si se cuenta con ella. Salud.uy evaluará su incorporación al subconjunto informando la resolución.

#### 4.4. Valores nulos

Los valores nulos (null flavors) se definen para los casos en los que el clínico debe registrar en un campo y no encuentra el término deseado para reflejar la situación o bien no corresponde completar el campo.

La tabla que figura a continuación detalla los valores posibles de Null flavors para cada variable del CMD.

Tabla N°4. Null Flavors

Nombre del campo del CMD	Valor nulo
Tipo de ingreso	<b>Sin información</b> Código: NI
Descripción del diagnóstico	1. <b>Sin codificar</b> Código: UNC 2. <b>Otro</b> Código: OTH

Descripción del diagnóstico secundario	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Otro</b> Código: OTH</li> <li><b>Sin Codificar</b> Código: UNC</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Descripción de la complicación	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Otro</b> Código: OTH</li> <li><b>Sin Codificar</b> Código: UNC</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Descripción del diagnóstico de comorbilidad	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Otro</b> Código: OTH</li> <li><b>Sin Codificar</b> Código: UNC</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Descripción del evento adverso	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Sin codificar</b> Código: UNC</li> <li><b>Otro</b> Código: OTH</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Grado de certeza	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Sin información</b> Código: NI</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Estado del problema	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Sin información</b> Código: NI</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Descripción del procedimiento (Incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos) <ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción del estudio de imagen</li> <li>Descripción del estudio de laboratorio</li> <li>Descripción de otros estudios</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Otro</b> Código: OTH</li> <li><b>Sin Codificar</b> Código: UNC</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Resultado del estudio	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> <li><b>Sin información</b> Código: NI</li> </ol>

<b>Motivo de consulta/ingreso</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC
<b>Tipo de área de acceso restringido</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC 3. <b>No aplicable</b> Código: NA
<b>Finalización de la consulta/atención</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC
<b>Descripción del diagnóstico de enfermería</b>	<b>Sin información</b> Código: NI
<b>Nivel de dependencia de enfermería (NDE)</b>	<b>Sin información</b> Código: NI
<b>Fármaco</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC 3. <b>No aplicable</b> Código: NA
<b>Vía de administración</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC 3. <b>No aplicable</b> Código: NA
<b>Fármaco→cantidad</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC 3. <b>No aplicable</b> Código: NA
<b>Fármaco→duración</b>	1. <b>Otro</b> Código: OTH 2. <b>Sin Codificar</b> Código: UNC 3. <b>No aplicable</b>

	Código: NA
Fármaco→frecuencia	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Otro</b> Código: OTH</li> <li><b>Sin Codificar</b> Código: UNC</li> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> </ol>
Momento de administración	<b>No aplicable</b> Código: NA
Fecha del estudio	<b>No aplicable</b> Código: NA
Fecha de inicio del problema	<b>Sin información</b> Código: NI
Fecha de próxima consulta	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>No aplicable</b> Código: NA</li> <li><b>Sin información</b> Código: NI</li> </ol>
Indicación/Recomendación (Incluye indicaciones o instrucciones de enfermería)	<b>No aplicable</b> Código: NA
Información complementaria	<b>No aplicable</b> Código: NA
Observación relevante	<b>No aplicable</b> Código: NA
Próxima consulta	<b>No aplicable</b> Código: NA
Readmisión	<b>Sin información</b> Código: NI
Referencia al alta	<b>No aplicable</b> Código: NA
Resumen de Interconsultas	<b>No aplicable</b> Código: NA



#### Referencia de Tabla N°4. Null Flavors:

Valor nulo	Código	Descripción
Otro	OTH	El valor no es miembro del conjunto de valores permitidos para el dominio.
Sin Codificar	UNC	El valor aún no ha sido codificado en el dominio.
No aplicable	NA	No es aplicable
Sin información	NI	El valor es excepcional (faltante, omitido, incompleto, inadecuado)

Fuente: 4.4.2.1008 HL7 v3 Code System NullFlavor<sup>5</sup>

#### Ejemplos Null Flavors

- Momento de administración  
Entrada "Momento de administración", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.54.1", code: "7891000179103"  
  
**<text nullFlavor="NA"/>**
- Fecha del estudio  
Elemento effectiveTime de las siguientes entradas:
  - "Estudio de laboratorio", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.20.1"
  - "Estudio de imagen", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.20.1"
  - "Otros estudios", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.20.1"  
**<effectiveTime nullFlavor="NA"/>**

<sup>5</sup> Disponible en: <https://www.hl7.org/fhir/v3/NullFlavor/cs.html>

- Fecha de inicio del problema  
Elemento `effectiveTime` de las siguientes entradas:
  - “Diagnóstico”, `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1"`, `code: "439401001"`
  - “Diagnóstico secundario”, `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1"`, `code: "258151000179100"`
  - “Diagnóstico de complicación”, `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1"`, `code: "258161000179102"`
  - “Diagnóstico de comorbilidad”, `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1"`, `code: "258171000179108"`

**`<effectiveTime nullFlavor="NI"/>`**

Otra forma:

**`<effectiveTime>`**

**`<low nullFlavor="NI"/>`**

**`</effectiveTime>`**

- Fecha de próxima consulta  
Entrada "Fecha de próxima consulta", `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.9.1"`, `code: "7571000179104"`

**`<value nullFlavor="NA"/>`**

- Indicación/recomendación  
Entrada "Indicación/recomendación", `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.43.1"`, `code: "258061000179103"`

**`<text nullFlavor="NA"/>`**

- Instrucción de enfermería  
Entrada "Instrucción de enfermería", `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.43.1"`, `code: "258061000179103"`

**`<text nullFlavor="NA"/>`**

- Información complementaria  
Entrada "Información complementaria", `templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.10.1"`, `code: "7921000179105"`

**`<value nullFlavor="NA"/>`**

- Observación relevante

Entrada "Observaciones relevantes", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.18.1", code: "703852005"

**<value nullFlavor="NA"/>**

- Próxima consulta  
Entrada "Próxima consulta", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.19.1",  
code: "7581000179102"

**<value nullFlavor="NA"/>**

- Readmisión  
Entrada "Readmisión", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.22.1", code:  
"417005"

**<value nullFlavor="NI"/>**

- Referencia al alta  
Entrada "Referencia al alta", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.23.1",  
code: "7731000179109"

**<value nullFlavor="NA"/>**

- Resultado del estudio  
Entrada "Resultado del estudio" o "Resultado", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.24.1", code: "258031000179107"

**<value nullFlavor="NA"/>**

- Motivo de consulta / Motivo de ingreso  
Entrada "Motivo de consulta", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.16.1",  
code: "7611000179107"  
Entrada "Motivo de ingreso", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.16.1",  
code: "258141000179103"

**<value nullFlavor="UNC"/>**

- Diagnóstico principal  
Entrada "Diagnóstico", templateId: "2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1",  
code: "439401001"

**<value nullFlavor="UNC"/>**

- Diagnóstico secundario  
Entrada "Diagnóstico secundario", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1",  
code: "258151000179100"

**<value nullFlavor="UNC"/>**

- Diagnóstico de complicación  
Entrada "Diagnóstico de complicación", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1", code: "258161000179102"

**<value nullFlavor="UNC"/>**

- Diagnóstico de comorbilidad  
Entrada "Diagnóstico de comorbilidad", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1", code: "258171000179108"

**<value nullFlavor="UNC"/>**

- Diagnóstico de enfermería  
Entrada "Diagnóstico de enfermería", templateId:  
"2.16.858.2.10000675.72591.4.4.1", code: "86644006"

**<value nullFlavor="NI"/>**

- Fármaco
  - Nombre del fármaco  
<consumable>  
    <manufacturedProduct>  
        <manufacturedMaterial>  
            **<code nullFlavor="OTH"/>**  
        </manufacturedMaterial>  
    </manufacturedProduct>  
  </consumable>
  - Duración  
    **<effectiveTime nullFlavor="OTH"/>**
  - Frecuencia de administración  
    <entryRelationship typeCode="COMP">  
        <observation classCode="OBS" moodCode="RQO">  
            <templateId root="2.16.858.2.10000675.72591.4.71.1"/>  
            <code xsi:type="CV" code="224851000179103">  
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT"  
displayName="Frecuencia de administración"/>  
                **<value nullFlavor="NA"/>**  
            </observation>  
        </entryRelationship>
  - Cantidad  
    **<doseQuantity nullFlavor="UNC"/>**

- Vía de administración  
**`<routeCode nullFlavor="NA"/>`**