



# **Guía técnica Conjunto Mínimo de Datos**

## **Documento de Egreso de internación**

Setiembre 2021

Versión: 2.1.4

Salud.uy

## Control de cambios

Fecha	Versión	Responsables	Cambios
04/11/2019	2.1.2	Equipo CMD	Se eliminó la sección de Resumen de pruebas complementarias
01/02/2020	2.1.3	Equipo CMD	Se modificaron nombres de campos
01/02/2020	2.1.3	Equipo CMD	Se modificaron las aclaraciones de los campos "Ingreso en área de acceso restringido" y "Otros estudios".
01/02/2020	2.1.3	Equipo CMD	Se modificó la ocurrencia y obligatoriedad del campo "fecha de próxima consulta"
11/05/2020	2.1.3	Equipo CMD	Se agregó el subconjunto de estudio de laboratorio LOINC para el campo Descripción del estudio de laboratorio
09/06/2020	2.1.3	Equipo CMD	Se modificó el formato de la frecuencia de administración del Fármaco

## Contenido

Control de cambios .....	2
<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Conjunto mínimo de datos del documento de Egreso de internación .....</b>	<b>5</b>
<b>ANEXO 1. Glosario .....</b>	<b>21</b>

## 1. Introducción

Este documento contiene la especificación del contenido clínico del documento del proyecto HCEN Egreso de internación. Se ha definido de manera exhaustiva el conjunto de elementos de información, su estructura jerárquica, su obligatoriedad, los tipos de datos y los valores posibles que pueden tomar dichos datos.

## 2. Conjunto mínimo de datos del documento de Egreso de internación

**Nota:** Los subconjuntos mencionados en el campo “Rango Valores” se detallan en el documento “Guía para la codificación de los Conjuntos Mínimos de Datos” disponible en el Pack correspondiente.

S=Sección

E=Entrada

e=Elemento/EntryRelationship

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
<b>Egreso de internación</b>  Este documento contiene las variables que integran el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) definido para el egreso de internación de un paciente, sea en ámbito hospitalario/sanatorial o en los casos de un alta cuando el paciente se encuentra en régimen de internación domiciliaria. El mismo incluye datos de enfermería.						
<b>Motivos de ingreso</b>			En esta sección se detallarán el/los motivo(s) de ingreso a internación. Esta sección es obligatoria y por lo tanto deberá contener al menos un motivo de ingreso especificado.	S	1..1	Sí
<b>Readmisión</b>				E	1..1	Sí
Readmisión	Lógico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sí</li><li>• No</li></ul>	Valor afirmativo si se trata de una readmisión. Se define readmisión como el re-ingreso del paciente dentro de los 30 días siguientes al egreso por un problema médico	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
			relacionado al diagnóstico nosológico que determinó el ingreso anterior.			
<b>Motivo de ingreso</b>				E	1..n	Sí
Descripción del motivo de ingreso	Codificado	Subconjunto de Motivo de ingreso de SNOMED CT	Especificación de la(s) causa(s) que motivaron el ingreso del paciente. Ej. Neumonía aguda comunitaria	e	1..1	Sí
<b>Tipo de ingreso</b>			En esta sección se detallará el tipo de ingreso a internación. Esta sección es obligatoria y deberá especificar la condición bajo la cual se efectivizó el ingreso a internación.	S	1..1	Sí
<b>Tipo de ingreso</b>				E	1..1	Sí
Descripción del tipo de ingreso	Codificado	Subconjunto de Tipo de ingreso de SNOMED CT	Especificación sobre la condición bajo la cual se efectivizó el ingreso.	e	1..1	Sí
<b>Condición del egreso</b>			En esta sección se detallará la condición del egreso de internación del paciente. Esta sección es obligatoria y deberá especificarse el motivo de finalización de la atención.	S	1..1	Sí
<b>Finalización de la atención</b>				E	1..1	Sí
Descripción del motivo de finalización de la atención	Codificado	Subconjunto de Finalización de la	Especificación del motivo de finalización de la atención.	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
		atención de SNOMED CT				
<b>Diagnóstico principal</b>			En esta sección se especificará el diagnóstico, planteo clínico o problema de salud principal realizado sobre el paciente; esta sección es obligatoria y se detallarán, al menos, el diagnóstico principal y su grado de certeza. El diagnóstico principal podrá coincidir o no con el motivo de ingreso a internación. Ej. Neumonía aguda comunitaria.	S	1..1	Sí
<b>Diagnóstico</b>				E	1..1	Sí
Descripción del diagnóstico	Codificado	Subconjunto de Diagnósticos de SNOMED CT	Denominación del diagnóstico nosológico o problema de salud principal encontrado al paciente durante la internación.	e	1..1	Sí
Fecha de inicio	Fecha	aaaa/mm/dd	Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud que motivó la internación actual del paciente.	e	0..1	No
Estado del problema	Codificado	Subconjunto de Estado del diagnóstico de SNOMED CT	Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del egreso.	e	0..1	No

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Grado de certeza	Codificado	Subconjunto de Grado de certeza de SNOMED CT	Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso.	e	1..1	Sí
<b>Diagnósticos secundarios</b>			En esta sección se detallarán el/los diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problema(s) de salud secundarios realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se deberá especificar, al menos, el diagnóstico secundario y su grado de certeza. Esta sección no es obligatoria y podrán no especificarse diagnósticos secundarios.	S	0..1	No
<b>Diagnóstico secundario</b>				E	1..n	Sí
Descripción del diagnóstico secundario	Codificado	Subconjunto de Diagnósticos de SNOMED CT	Denominación del diagnóstico o problema de salud secundario encontrado al paciente.	e	1..1	Sí
Fecha de inicio	Fecha	aaaa/mm/dd	Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud.	e	0..1	No
Estado del problema	Codificado	Subconjunto de Estado del diagnóstico de SNOMED CT	Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del egreso.	e	0..1	No



Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Grado de certeza	Codificado	Subconjunto de Grado de certeza de SNOMED CT	Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso.	e	1..1	Sí
<b>Diagnóstico de complicaciones</b>			En esta sección se detallarán las complicaciones del diagnóstico principal (Ej. Derrame pleural como complicación de una Neumonía aguda). Esta sección es obligatoria y deberá constatar la existencia o no de complicaciones del diagnóstico principal, y de existir, se deberá especificar al menos la descripción de la complicación y su grado de certeza.	S	1..1	Sí
<b>Existencia de complicaciones</b>				E	1..1	Sí
Existencia de complicaciones	Lógico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Existencia o no de complicaciones del diagnóstico principal.	e	1..1	Sí
<b>Diagnóstico de complicación</b>				E	0..n	No
Descripción de la complicación	Codificado	Subconjunto de Diagnósticos de SNOMED CT	Denominación de la complicación encontrada.	e	1..1	Sí
Fecha inicio	Fecha	aaaa/mm/dd	Especificación de la fecha de aparición de la complicación.	e	0..1	No
Estado del problema	Codificado	Subconjunto de Estado del	Clasificación de la complicación, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la atención.	e	0..1	No

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
		diagnóstico de SNOMED CT				
Grado de certeza	Codificado	Subconjunto de Grado de certeza de SNOMED CT	Determinación del nivel de confianza en la identificación de la complicación, al momento del cierre de la atención.	e	1..1	Sí
<b>Comorbilidades</b>			En esta sección se registrarán las comorbilidades que presente el paciente, independientemente del diagnóstico principal. Esta sección es obligatoria y deberá constatarse la presencia o ausencia de comorbilidades, y de existir, se deberá especificar al menos la descripción del diagnóstico de comorbilidad y su grado de certeza.	S	1...1	Sí
<b>Existencia de comorbilidad</b>				E	1..1	Sí
Existen comorbilidades	Lógico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Deberá constatarse la presencia o ausencia de comorbilidades.	e	1..1	Sí
<b>Diagnóstico de comorbilidad</b>				E	0..n	No
Descripción del diagnóstico de comorbilidad	Codificado	Subconjunto de Diagnósticos de SNOMED CT	Denominación del problema de salud presente en el paciente, independiente del diagnóstico principal.	e	1..1	Sí
Fecha de inicio	Fecha	aaaa/mm/dd	Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud.	e	0..1	No

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Estado del problema	Codificado	Subconjunto de Estado del diagnóstico de SNOMED CT	Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del egreso.	e	0..1	No
Grado de certeza	Codificado	Subconjunto de Grado de certeza de SNOMED CT	Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud, al momento del egreso.	e	1..1	Sí
<b>Diagnósticos de enfermería</b>			En esta sección se detallarán el/los diagnóstico(s) de enfermería y el nivel de dependencia (NDE) del paciente. Esta sección no es obligatoria y podrá no especificarse un diagnóstico de enfermería.	S	0..1	No
<b>Nivel de dependencia de enfermería (NDE)</b>				E	1..1	Sí
Nivel de dependencia de enfermería	Codificado	Subconjunto NDE de SNOMED CT	Clasificación del usuario por NDE basada en las necesidades de V. Henderson. Se dispone de modelos de clasificación para adultos y pediatría.	e	1..1	Sí
<b>Diagnóstico de enfermería</b>				E	1..n	Sí
Descripción del diagnóstico de enfermería	Texto		El diagnóstico es el resultado del proceso de valoración integral mediante el cual se define la situación de salud del usuario desde la óptica de enfermería.  Refiere a los diagnósticos o problemas presentes en el momento del egreso hospitalario.	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
<b>Evolución durante la internación</b>			En esta sección se detallarán aspectos relevantes sobre la evolución del paciente durante la asistencia. Esta sección es obligatoria y deberá al menos constatarse la existencia o no de eventos adversos durante la internación (de existir, se deberá especificar el evento adverso), así como el ingreso o no del paciente a un área de acceso restringido (de existir, se deberá especificar el tipo de área de acceso).	S	1..1	Sí
<b>Existencia de eventos adversos</b>				E	1..1	Sí
Existen eventos adversos	Lógico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Existencia de eventos adversos durante la atención, reacciones alérgicas a medicamentos, caídas, o cualquier otra situación que quede comprendida dentro de la definición de evento adverso. Si su valor es Sí, deberá existir al menos una entrada de Evento adverso.	e	1..1	Sí
<b>Evento adverso</b>				E	0..n	No
Descripción del evento adverso	Codificado	Subconjunto de Evento adverso de SNOMED CT	Denominación del evento adverso.	e	1..1	Sí
<b>Ingreso en área de acceso restringido</b>				E	1..1	Sí
Ingreso en área de acceso restringido	Lógico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Aquí se señala si durante su internación presentó ingreso en áreas de circulación restringida, entendiéndose como un área clínica definida, con	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
			equipamiento especializado, protocolos específicos, recurso humano especializado y de acceso restringido.			
<b>Tipo de área de acceso restringido</b>				E	0..n	No
Tipo de área de acceso restringido	Codificado	Subconjunto de Tipo de área de acceso restringido de SNOMED CT	Denominación del Tipo de área de acceso restringido.	e	1..1	Sí
<b>Interconsultas realizadas</b>				E	0..1	No
Resumen de interconsultas realizadas	Texto		Resumen de las interconsultas realizadas a otras especialidades o servicios especializados durante la estadía en internación. Incluye denominación de la especialidad o servicio, recomendaciones y/o indicaciones diagnósticas y/o terapéuticas.	e	1..1	Sí
<b>Estudios de laboratorio</b>			En esta sección se incluye el resumen de los estudios de laboratorio realizados durante la internación. Esta sección no es obligatoria y podrán no especificarse estudios.	S	0..1	No
<b>Estudio de laboratorio</b>				E	1..n	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Descripción del estudio de laboratorio	Codificado	Subconjunto de Estudio de laboratorio de SNOMED CT	Denominación del estudio de laboratorio realizado. Ej. Hemograma.	e	1..1	Sí
Fecha del estudio	Fecha	aaaa/mm/dd		e	1..1	Sí
Resultado del estudio	Codificado	Subconjunto de resultado de laboratorio de SNOMED CT	Se podrá constatar si el estudio de laboratorio se encuentra normal o alterado.	e	0..1	No
Observaciones relevantes	Texto		Observaciones relevantes respecto al resultado del estudio de laboratorio realizado. Ej. Leucocitosis.	e	0..1	No
<b>Estudios de imagen</b>			En esta sección se incluye el resumen de los estudios de imagen realizados durante la internación. Esta sección no es obligatoria y podrán no especificarse estudios.	S	0..1	No
<b>Estudio de imagen</b>				E	1..n	Sí
Descripción del estudio de imagen	Codificado	Subconjunto de Estudio de imagen de SNOMED CT	Denominación del estudio de imagen realizado. Ej. Radiografía de Tórax.	e	1..1	Sí
Fecha del estudio	Fecha	aaaa/mm/dd		e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Observaciones relevantes	Texto		Observaciones relevantes respecto al resultado del estudio de imagen realizado.	e	0..1	No
<b>Otros estudios</b>			En esta sección se incluye el resumen de otros estudios diagnósticos realizados durante la internación. Esta sección no es obligatoria y podrán no especificarse estudios.	S	0..1	No
<b>Estudio</b>				E	1..n	Sí
Descripción del estudio	Codificado	Subconjunto de Otros estudios de SNOMED CT		e	1..1	Sí
Fecha del estudio	Fecha	aaaa/mm/dd		e	1..1	Sí
Observaciones relevantes	Texto			e	0..1	No
<b>Procedimientos relevantes realizados</b>			En esta sección se incluyen los procedimientos terapéuticos realizados durante la internación que el clínico considere relevantes. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse procedimientos.	S	0..1	No
<b>Procedimiento</b>				E	1..n	Sí
Descripción del procedimiento terapéutico	Codificado	Subconjunto de Procedimiento SNOMED CT	Se incluyen procedimientos terapéuticos (intubación orotraqueal, colocación de drenaje de tórax,	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
			procedimientos quirúrgicos, etc) realizados durante la internación.			
Fecha del procedimiento	Fecha	aaaa/mm/dd	Fecha en que se realiza el procedimiento.	e	1..1	Sí
Observaciones relevantes	Texto		Anotación de observaciones respecto a los procedimientos realizados	e	0..1	No
<b>Tratamiento no farmacológico realizado durante la internación</b>			En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo físico, etc.) realizadas durante la internación. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones.	S	0..1	No
<b>Indicación</b>				E	1..1	Sí
Indicación/recomendación	Texto		Descripción del tipo de tratamiento no farmacológico realizado durante la internación.	e	1..1	Sí
<b>Tratamiento farmacológico realizado durante la internación</b>			En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas farmacológicas realizadas durante la internación. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones.	S	0..1	No
<b>Fármaco</b>				E	1..n	Sí



Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Fármaco	Codificado	Subconjunto de Fármaco SNOMED CT	Sustancia(s) activa(s) + potencia (dosis) y unidad de medida + forma farmacéutica (VMP del Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines). Ej. Ampicilina 1 g – sulbactam 500 mg inyectable	e	1..1	Sí
Vía de administración	Codificado	Subconjunto de Vía de administración SNOMED CT	Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. Ej. Vía intravenosa	e	1..1	Sí
Cantidad	Cantidad		Número de unidades de prescripción del fármaco por toma + unidad de prescripción. Ej. 1 vial	e	1..1	Sí
Frecuencia de administración	Cantidad		Frecuencia en que se administra cada toma. Ej. Cada 6 hs	e	1..1	Sí
Duración	Cantidad		Duración del tratamiento indicado.	e	0..1	No
Observaciones	Texto		Observaciones que se consideren relevantes destacar respecto al tratamiento farmacológico realizado durante la internación del paciente.	e	0..1	No
<b>Tratamiento no farmacológico indicado al final de la internación</b>			En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo físico, etc.) realizadas al final de la internación, para continuidad del tratamiento del paciente. La	S	0..1	No

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
			sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones.			
<b>Indicación</b>				E	1..1	Sí
Indicación/recomendación	Texto		Descripción o denominación del tratamiento no farmacológico indicado al final de la internación del paciente.	e	1..1	Sí
<b>Tratamiento farmacológico indicado al final de la internación</b>			En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas farmacológicas realizadas al final de la internación, para continuidad del tratamiento del paciente. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones.	S	0..1	No
<b>Fármaco</b>				E	1..n	Sí
Fármaco	Codificado	Subconjunto de Fármaco SNOMED CT	Sustancia(s) activa(s) + potencia (dosis) y unidad de medida + forma farmacéutica (VMP del Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines). Ej. Amoxicilina 875 mg - ácido clavulánico 125 mg comprimido	e	1..1	Si
Vía de administración	Codificado	Subconjunto de Vía de administración SNOMED CT	Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco. Ej. Vía oral	e	1..1	Sí
Cantidad	Cantidad		Número de unidades de prescripción del fármaco por toma + unidad de prescripción. Ej. 1 comprimido	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Frecuencia de administración	Cantidad		Frecuencia en que se administra cada toma. Ej. Cada 12h	e	1..1	Sí
Momento de administración	Texto		Momento de administración del medicamento de acuerdo a recomendaciones. Ej. Ingesta alejada de las comidas, previo al almuerzo, etc.	e	0..1	No
Duración	Cantidad		Duración del tratamiento prescrito + unidad de tiempo.	e	0..1	No
Observaciones	Texto		Observaciones que se consideren relevantes destacar respecto al tratamiento farmacológico indicado al final de la internación. Ej. Hasta completar 14 días de tratamiento.	e	0..1	No
<b>Instrucciones de seguimiento</b>			En esta sección se detallarán las instrucciones de seguimiento para la continuidad asistencial del paciente. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse instrucciones.	S	0..1	No
<b>Fecha de próxima consulta</b>				E	0..1	No
Fecha de próxima consulta	Fecha	aaaa/mm/dd	Se refiere a la fecha de próxima consulta confirmada (si aplica).	e	0..1	No
<b>Próxima consulta</b>				E	1..1	Sí
Próxima consulta	Texto		Plazo en que el profesional estima que el paciente debe volver a consultar o ser visto por médico para su control	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
			o asistencia posterior (Ej: control en 2 meses con resultados de paraclínica; control en salud en 1 año).			
<b>Referencia al alta</b>				E	0..1	No
Referencia al alta	Texto		Especificación del área o servicio donde el paciente es referido para su control o asistencia posterior.	e	1..1	Sí
<b>Instrucción de enfermería</b>				E	0..1	No
Indicaciones o instrucciones de enfermería	Texto		Educación o Instrucciones realizadas al momento del alta.	e	1..1	Sí
<b>Información complementaria</b>				E	0..1	No
Información complementaria / Observaciones	Texto		Valoración de factores o acontecimientos personales, familiares y/o del entorno que pueden influir negativamente en la situación de salud. Deberá incluirse toda la información relativa a la presencia de dispositivos. Ej.: prótesis, drenajes, otros.	e	1..1	Sí

## ANEXO 1. Glosario

- **Arquetipo.** Modelo de información clínica desarrollado para funcionar con un estándar específico. Al hablar de arquetipos siempre debemos mencionar el estándar utilizado. Por ejemplo, arquetipo ISO 13606 o arquetipo HL7 CDA.
- **Modelo de información clínica.** Definición de un conjunto de datos relevante para un uso específico en la historia clínica electrónica. Por ejemplo, un modelo de información clínica puede definir qué información debe estar contenida en un informe de egreso, o en los resultados de una prueba de laboratorio. La definición de un modelo de información clínica incluye los elementos de información incluidos, su organización y estructura respecto al resto de elementos, una etiqueta, un texto descriptivo, su obligatoriedad, y los tipos y rangos de valores de datos que pueden tomar dichos elementos de información.
- **Tipo de estructura.** Indica la clase de componente que está siendo definido en el modelo de información clínica: sección (S), entrada (E) o elemento (e).
  - **Sección.** Cabecera que permite la organización interna de los documentos.
  - **Entrada.** Grupo de elementos de información que están estrechamente relacionados y son registrados de manera simultánea.
  - **Elemento.** Cada uno de los valores o datos que forman parte de un modelo de información clínica. Un elemento de información tiene asociado un tipo de datos.
- **Ocurrencias.** Número de repeticiones que puede tener el componente. Puede ser solo una optativa (0..1), una obligatoria (1..1), muchas (0..n) o muchas con al menos una (1..n).
- **Obligatoriedad.** Indica si un elemento de información debe aparecer necesariamente o si su presencia en los datos es optativa. Si la obligatoriedad se define como SÍ o YES, el elemento es obligatorio. Si la obligatoriedad se define como NO, el elemento es optativo.
- **Rango de valores.** Definición de los valores posibles que puede tomar un elemento de información simple. Estos valores dependerán del tipo de datos del elemento. Por ejemplo, podemos definir que un número entero puede tomar valores entre 0 y 100, que una fecha debe contener día, mes y año, o que una cadena de texto debe tomar su valor de un conjunto limitado de posibles valores.
- **Tipo de datos.** Tipo de información registrada en el elemento de información. Por ejemplo, una cadena, un número entero o una fecha. ISO 13606 define un conjunto de tipos de datos que permiten registrar cualquier valor en la HCE. En el contexto de esta

guía, los tipos de datos se han simplificado para facilitar su comprensión, quedando el siguiente conjunto mínimo:

- **Texto (también llamado SIMPLE\_TEXT)**. Una cadena de texto libre de cualquier longitud que no incorpora ningún valor codificado.
- **Cantidad (también llamado PQ)**. Representa una cantidad física, que siempre incluye el par valor (numérico) y unidad.
- **Codificado (también llamado CV)**. Datos codificados, que especifican sólo un código, sin ningún otro calificador o correspondencia a otros conjuntos de códigos. Este tipo se utiliza cuando se requiera un único valor del código, de una terminología externa o propia. Deberá indicarse qué terminología o subconjunto terminológico debe aplicarse en cada caso.
- **Código y texto (también llamado CODED\_TEXT)**. Una cadena de texto libre con un valor de código asociado. Permite representar tanto el valor literal registrado como un código controlado que lo codifique.
- **Fecha (también llamado DATE o DATETIME)**. Representa un instante en el tiempo. Puede representar un día concreto en el calendario, una hora o la fecha y hora completas.
- **Lógico (también llamado BL)**. Valor lógico o booleano. Puede interpretarse como verdadero/falso o sí/no.
- **Numérico (también llamado INT para números enteros y REAL para números reales)**. Registro de un valor numérico o cuantificable. Deberá indicarse si se trata de un número entero o real. Asimismo, en caso de representar una medición de una cantidad física deberán indicarse las unidades de medida.