



Guía de técnica Conjunto Mínimo de Datos

Documento de Consulta de urgencia Emergencia extrahospitalaria

Octubre 2020

Versión: 2.1.3

Salud.uy

Control de cambios

| Fecha | Versión | Responsables | Cambios |
|--------------|---------|--------------|---|
| 05/03/2020 | 2.1.3 | Equipo CMD | Se modificaron nombres de los campos |
| Octubre 2020 | 2.1.3 | Equipo CMD | Se modificó el formato de la frecuencia de administración del Fármaco |

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Control de cambios | 2 |
| 1. Introducción | 4 |
| 2. Conjunto mínimo de datos del documento de Consulta de urgencia – Emergencia extrahospitalaria | 5 |
| 3. Resumen gráfico | 16 |
| ANEXO 1. Glosario | 18 |

1. Introducción

Este documento contiene la especificación del contenido clínico del documento del proyecto HCEN Consulta de urgencia – Emergencia extrahospitalaria. 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 Consulta de urgencia – Emergencia extrahospitalaria

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 |
|---|------------|--|---|------|------------|-------------|
| Consulta de Urgencia – Emergencia Extrahospitalaria Este documento contiene las variables que integran el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) definido para la consulta de urgencia o emergencia en el ámbito extrahospitalario, o sedes secundarias donde la consulta sea considerada como consulta de Urgencia o Emergencia extrahospitalaria. | | | | | | |
| Motivos de consulta | | | En esta sección se detallarán el/los motivo(s) de la consulta, desde la perspectiva clínica. Esta sección es obligatoria y por lo tanto deberá contener al menos un motivo de la consulta especificado. | S | 1..1 | Sí |
| Motivo de la consulta | | | | E | 1..n | Sí |
| Descripción del motivo de consulta | Codificado | Subconjunto de Motivo de consulta de SNOMED CT | Especificación del/los motivo(s) que derivaron en la consulta. Se entiende por motivo de la consulta el | e | 1..1 | Sí |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|---|------------|---|--|------|------------|-------------|
| | | | síntoma o signo principal, de carácter subjetivo, que motiva la consulta. | | | |
| Finalización de la consulta | | | En esta sección se detallará el motivo de finalización de la consulta. Esta sección es obligatoria y se podrá especificar solamente un motivo de finalización de la consulta. | S | 1..1 | Sí |
| Finalización de la consulta | | | | E | 1..1 | Sí |
| Descripción del motivo de finalización de la consulta | Codificado | Subconjunto de Finalización de la consulta para emergencia de SNOMED CT | Especificación del motivo de finalización de la consulta. | e | 1..1 | Sí |
| Diagnósticos | | | En esta sección se detallarán el/los diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problema(s) de salud, realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se deberá especificar al menos su fecha de inicio y grado de certeza. Esta sección es obligatoria y por lo tanto deberá contener al menos un diagnóstico especificado. Ej. Neumonía Aguda Comunitaria | S | 1..1 | Sí |
| Diagnóstico | | | | E | 1..n | Sí |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|---------------------------------------|------------|--|--|------|------------|-------------|
| Descripción del diagnóstico | Codificado | Subconjunto de Diagnósticos de SNOMED CT | Denominación del diagnóstico o problema de salud que motivó la atención actual del 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 que motivó la atención actual del paciente. | e | 1..1 | Sí |
| 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 cierre de la consulta. | 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 cierre de la consulta. | e | 1..1 | Sí |
| Diagnósticos de complicaciones | | | 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 constatarse la existencia o no de complicaciones del diagnóstico principal, y de existir, se deberá especificar al menos la descripción de la complicación, la fecha de inicio y el grado de certeza. | S | 1..1 | Sí |
| Existencia de complicaciones | | | | E | 1..1 | Sí |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--|------------|--|--|------|------------|-------------|
| Existen complicaciones | Lógico | <ul style="list-style-type: none"> Sí No | Se deberá constatar la existencia o no de complicaciones del diagnóstico principal. En caso afirmativo, deberá existir al menos una entrada de diagnóstico de complicación. | e | 1..1 | Sí |
| Diagnóstico de complicación | | | | E | 0..n | No |
| Descripción de la complicación | Codificado | Subconjunto de Diagnósticos de SNOMED CT | Denominación de la complicación encontrada en la atención actual del 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 | 1..1 | Sí |
| 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 cierre de la consulta. | 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. | e | 1..1 | Sí |
| Evolución durante la asistencia | | | En esta sección se detallarán aspectos relevantes sobre la evolución del paciente durante la asistencia, tales como eventos adversos e interconsultas realizadas. Esta sección es obligatoria y deberá al menos constatarse la | S | 1..1 | Sí |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|---|------------|--|--|------|------------|-------------|
| | | | existencia o no de eventos adversos durante la asistencia, y de existir, se deberá especificar la descripción del evento adverso. | | | |
| Existencia de eventos adversos | | | | E | 1..1 | Sí |
| Existen eventos adversos | Lógico | <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No | Existencia de eventos adversos durante la asistencia, 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 |
| Evento adverso | | | | E | 0..n | No |
| Descripción del evento adverso | Codificado | Subconjunto de Evento adverso de SNOMED CT | Denominación del evento adverso. | e | 1..1 | Sí |
| Interconsultas realizadas | | | | E | 0..1 | No |
| Resumen de interconsultas realizadas | Texto | | Resumen de las interconsultas realizadas a otras especialidades o servicios especializados durante la asistencia extrahospitalaria. Incluye denominación de la especialidad o servicio, recomendaciones y/o indicaciones diagnósticas y/o terapéuticas. | e | 1..1 | Sí |
| Procedimientos relevantes realizados | | | En esta sección se incluyen los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados durante la | S | 0..1 | No |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|---|------------|--|---|------|------------|-------------|
| | | | consulta que el clínico considere relevantes. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse procedimientos. | | | |
| Procedimiento | | | | E | 1..n | Sí |
| Descripción del procedimiento | Codificado | Subconjunto de Procedimiento SNOMED CT | Esto incluye tanto los procedimientos diagnósticos (estudios de laboratorio, radiología) como los terapéuticos (vía venosa periférica, cateterismos, oxigenoterapia, intubación orotraqueal, procedimientos quirúrgicos, etc.) | e | 1..1 | Sí |
| Fecha del procedimiento | Fecha | aaaa/mm/dd | Fecha en que se realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. | e | 0..1 | No |
| Resultado del procedimiento | Codificado | Subconjunto de Resultado SNOMED CT | Se constata el resultado del procedimiento diagnóstico, en caso de realizarse. | e | 0..1 | No |
| Observaciones relevantes | Texto | | Anotación de observaciones respecto a los procedimientos realizados: en el caso de un procedimiento diagnóstico, se podrá especificar qué está alterado; en el caso de un procedimiento terapéutico, se podrán realizar comentarios relevantes. | e | 0..1 | No |
| Tratamiento no farmacológico realizado durante la asistencia | | | En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, | S | 0..1 | No |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--|------------|--|--|------|------------|-------------|
| | | | indicaciones nutricionales, reposo o limitaciones del esfuerzo físico, etc.) realizadas durante la consulta. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones. | | | |
| Indicación | | | | E | 1..1 | Sí |
| Indicación/recomendación | Texto | | Descripción del tipo de tratamiento no farmacológico realizado durante la consulta. | e | 1..1 | Sí |
| Tratamiento farmacológico realizado durante la asistencia | | | En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas farmacológicas realizadas durante la consulta. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones. | S | 0..1 | No |
| Fármaco | | | | 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. salbutamol 100 mcg/dosis aerosol | 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 (Tabla de Vías de Administración del Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines). Ej. Vía inhalatoria bucal | e | 1..1 | Sí |

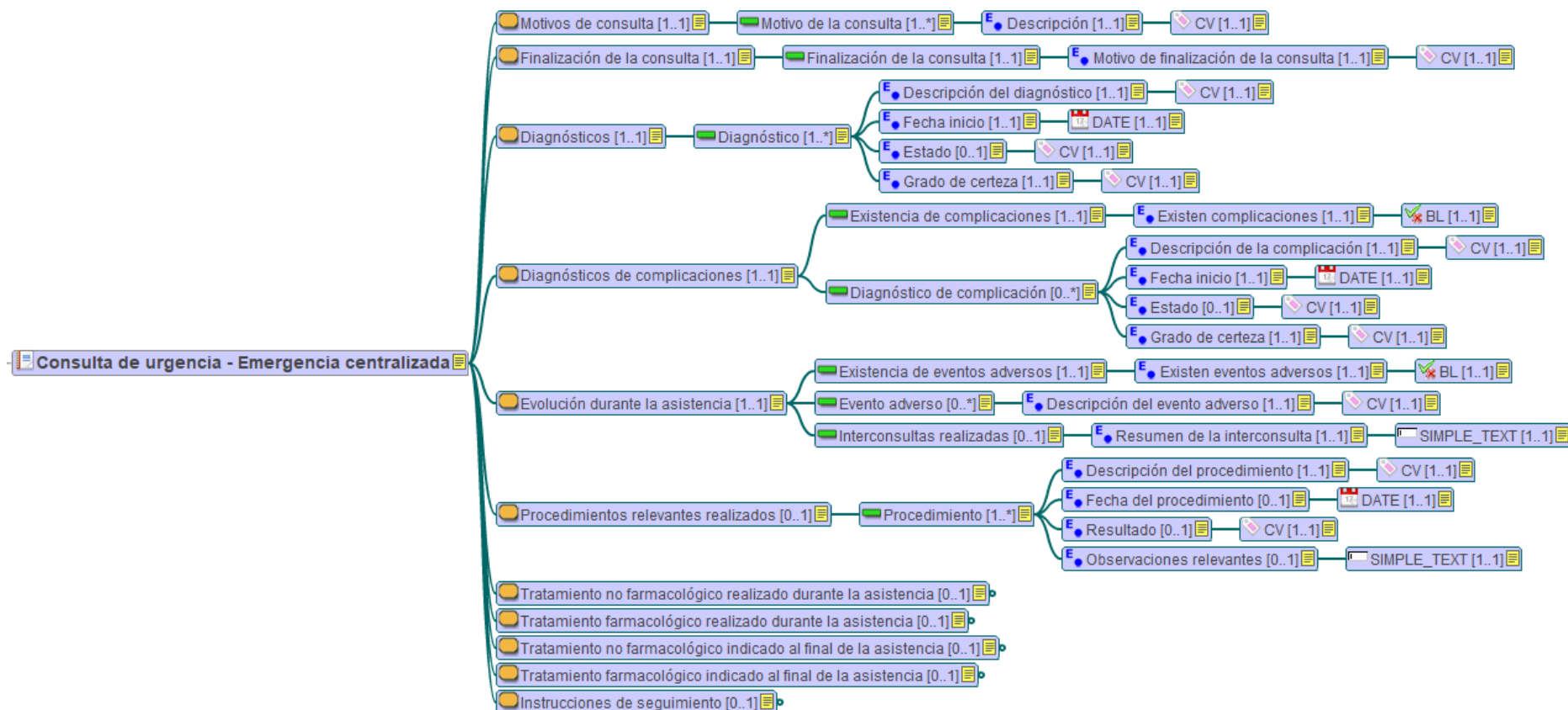
| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--|----------|---------------|--|------|------------|-------------|
| Cantidad | Cantidad | | Número de unidades de prescripción del fármaco por toma + unidad de prescripción. Ej. 6 dosis | e | 1..1 | Sí |
| Frecuencia de administración | Cantidad | | Frecuencia en que se administra cada toma. Ej. Cada 20 minutos | e | 1..1 | Sí |
| Duración | Cantidad | | Duración del tratamiento indicado + unidad de tiempo. Ej. 1 hr. | e | 0..1 | No |
| Observaciones relevantes | Texto | | Incluye especificaciones del tratamiento farmacológico que se considere relevante destacar. Ej. Administrar con inhalocámara | e | 0..1 | No |
| Tratamiento no farmacológico indicado al final de la asistencia | | | 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 consulta, para continuidad del tratamiento del paciente. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones. | S | 0..1 | No |
| Indicación | | | | E | 1..1 | Sí |
| Indicación/recomendación | Texto | | Descripción del tratamiento no farmacológico indicado al final de la consulta. | e | 1..1 | Sí |

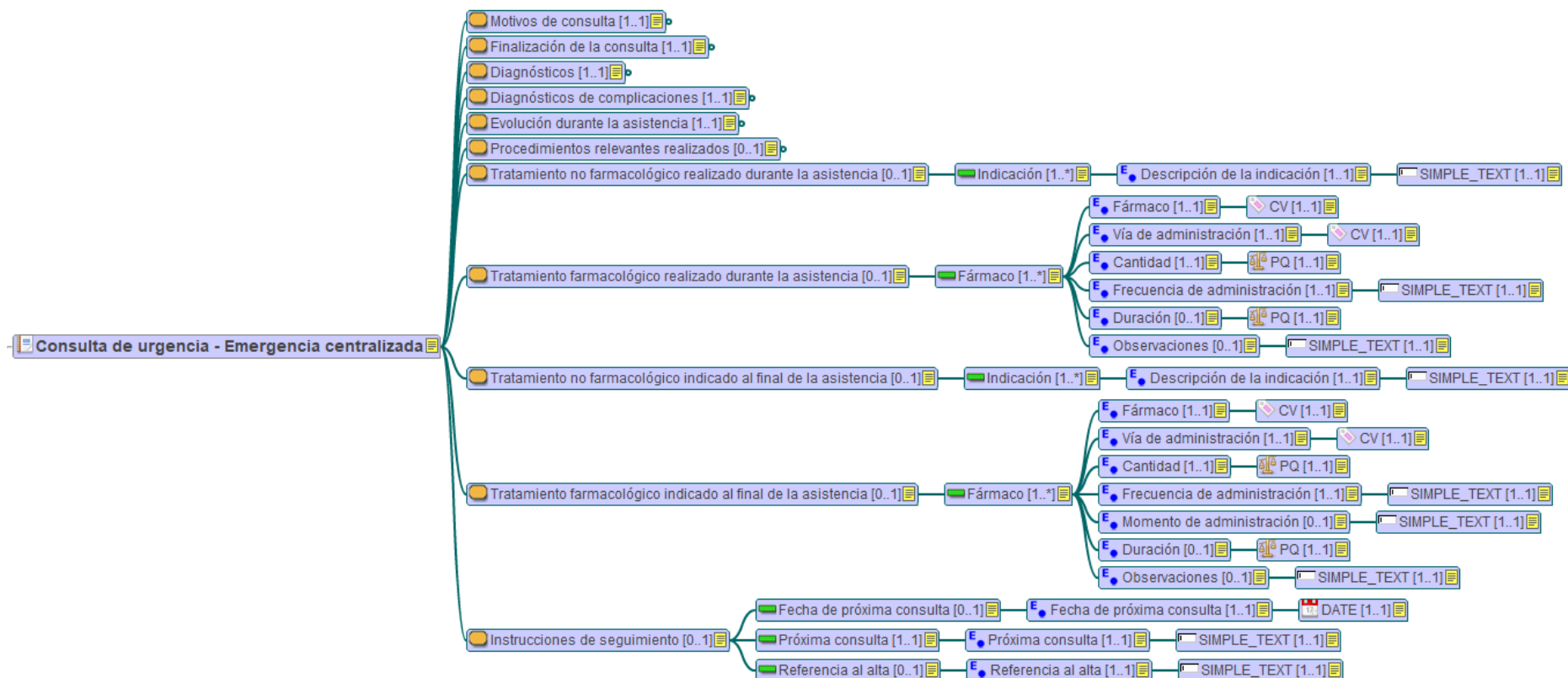
| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|---|------------|--|--|------|------------|-------------|
| Tratamiento farmacológico indicado al final de la asistencia | | | En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas farmacológicas realizadas al final de la consulta, para continuidad del tratamiento del paciente. La sección no es obligatoria y podrán no especificarse indicaciones. | S | 0..1 | No |
| Fármaco | | | | 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 500 mg comprimidos | 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 (Tabla de Vías de Administración del Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines). 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 |
| Frecuencia de administración | Cantidad | | Frecuencia en que se administra cada toma. Ej. Cada 8 horas | 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 |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|-------------------------------------|----------|---------------|---|------|------------|-------------|
| Duración | Cantidad | | Duración del tratamiento prescrito + unidad de tiempo. Ej. 7 días. | e | 0..1 | No |
| Observaciones relevantes | Texto | | Incluye especificaciones del tratamiento farmacológico que se considere relevante destacar. | e | 0..1 | No |
| Instrucciones de seguimiento | | | 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 |
| Fecha de próxima consulta | | | | E | 0..1 | No |
| Fecha de próxima consulta | Fecha | aaaa/mm/dd | Se refiere a la fecha de próxima consulta confirmada (si aplica). | e | 1..1 | Sí |
| Próxima consulta | | | | 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 o asistencia posterior (Ej: control en 3 meses con resultados de paraclínica; control en salud en 1 año). | e | 1..1 | Sí |
| Referencia al alta | | | | E | 0..1 | No |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--------------------|---------|---------------|--|------|------------|-------------|
| Referencia al alta | Texto | | Especificación del área o servicio donde el paciente es referido para su control o asistencia posterior. Ej. Medicina General. | e | 1..1 | Sí |

3. Resumen gráfico





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.