



Guía técnica Conjunto Mínimo de Datos

Descripción operatoria

31 de diciembre de 2021

Versión: 1.1.0

Salud.uy

Contenido

1. Introducción.....	3
2. Cabezal	4
3. Cuerpo.....	5
ANEXO 1. Glosario	12

1. Introducción

Este documento contiene la especificación del contenido clínico del CMD “Descripción operatoria” del proyecto HCEN. 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. Cabezal

Se deben incluir en el cabezal todos los elementos especificados en la guía de implementación del conjunto mínimo de datos para laboratorio y la guía de CDA mínimo. Al menos los siguientes elementos deberán ser **visualizados**:

Campo	Formato	Aclaraciones	Obligatoriedad
Fecha y hora de creación del documento	Fecha	Fecha y hora de creación del documento	R
Documento	Numérico	Identificador del paciente	R
Nombre y apellido	Texto	Nombres y apellidos del paciente	R
Sexo	Código	Sexo del paciente	R
Fecha de nacimiento	Fecha	Fecha de nacimiento del paciente	R
Teléfono	Numérico	Teléfono del paciente	O
Institución	Texto	Institución que realiza el estudio	R
Cirujano	Texto	Nombre y apellido del cirujano principal	R
Ayudante de cirujano	Texto	Nombre y apellido de/los ayudantes de cirujano	O
Anestesista	Texto	Nombre y apellido del anestesista	R

3. Cuerpo

Nota: Los subconjuntos mencionados en el campo “Rango Valores” se detallan en el apartado “Subconjuntos” del Diccionario de Plantillas para los Conjuntos Mínimos de Datos de Salud.uy.

S=Sección

E=Entrada

e=Elemento

er=EntryRelationship

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Descripción operatoria						
Evaluación clínica previa				S	1..1	Sí
Diagnóstico preoperatorio				E	1..n	Sí
Descripción del diagnóstico preoperatorio	Codificado	Subconjunto Motivo de consulta, diagnóstico de SNOMED CT	Diagnóstico clínico realizado previo al procedimiento quirúrgico	e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Procedimiento propuesto				E	1..n	Sí
Descripción del procedimiento propuesto	Codificado	Subconjunto de Procedimientos de SNOMED CT	Procedimiento quirúrgico propuesto a partir del diagnóstico preoperatorio realizado	e	1..1	Sí
Detalle de la intervención				S	1..1	Sí
Fecha y hora de la intervención				E	1..1	Sí
Fecha y hora inicio de la intervención	Fecha			e	1..1	Si
Fecha y hora fin de la intervención	Fecha			e	1..1	Si
Oportunidad				E	1..1	Sí
Oportunidad	Codificado	Subconjunto de Oportunidad de SNOMED CT	Oportunidad del procedimiento quirúrgico	e	1..1	Sí
Lugar/área física				E	1..1	Sí
Lugar/área física	Texto		Lugar/área física donde se realiza la intervención quirúrgica	e	1..1	Sí
Diagnóstico operatorio				E	1..n	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Descripción del diagnóstico operatorio	Codificado	Subconjunto de Motivo de consulta, diagnóstico de SNOMED CT	Diagnóstico intraoperatorio	e	1..1	Sí
Procedimiento realizado				E	1..n	Sí
Descripción del procedimiento realizado	Codificado	Subconjunto de Procedimientos de SNOMED CT	Procedimiento quirúrgico realizado a partir del diagnóstico intraoperatorio	e	1..1	Sí
Observaciones	Texto			er	0..1	No
Descripción de la técnica quirúrgica	Codificado	Subconjunto de Técnica quirúrgica de SNOMED CT	Hace referencia a laparoscopia o cirugía abierta El siguiente campo (conversión) forma parte de este elemento	er	1..1	Sí
*Conversión de la técnica quirúrgica	Lógico	Sí/No	Hace referencia a si hubo necesidad de convertir de laparoscopia a cirugía abierta Este es un elemento del campo anterior (técnica quirúrgica)	er	1..1	Sí
Tipo de anestesia				E	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Tipo de anestesia	Codificado	Subconjunto de Tipo de anestesia de SNOMED CT	Tipo de anestesia	e	1..1	Sí
Valor de ASA				E	1..1	Sí
Valor de ASA	Codificado	Subconjunto de Clasificación ASA de SNOMED CT	Sistema de clasificación que utiliza la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), del I al V	e	1..1	Sí
Descripción operatoria				E	1..1	Sí
Descripción operatoria	Texto		Informe	e	1..1	Sí
Material protésico				E	1..1	Sí
Utilización de material protésico	Lógico	Sí/No	Especifica si se utilizó material protésico	e	1..1	Sí
Tipo de material protésico	Texto		Si la respuesta es sí, se describe el material protésico utilizado	e	0..1	No
Sutura mecánica				E	1..1	Sí
Utilización de sutura mecánica	Lógico	Sí/No	Especifica si se utilizó sutura mecánica	e	1..1	Sí
Procedimientos intraoperatorios no quirúrgicos				E	0..n	No

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Descripción del procedimiento	Codificado	Subconjunto de Procedimientos de SNOMED CT		er	1..1	Sí
Observaciones	Texto			er	0..1	No
Biopsia extemporánea				E	1..1	Si
Realización de biopsia extemporánea	Lógico	Sí/No		e	1..1	Si
Sitio anatómico	Texto		Si existe una biopsia debe completarse el campo Sitio anatómico.	er	0..n	No
Recuento de material blanco				E	1..1	Sí
Recuento completo de material blanco	Lógico	Sí/No	Especifica si el recuento fue completo o incompleto	e	1..1	Sí
Observaciones	Texto		Obligatorio si la respuesta es No para el campo recuento completo de material blanco	er	0..1	No
Grado de contaminación				E	1..1	Sí
Grado de contaminación	Codificado	Subconjunto de Grado de		e	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
		contaminación de SNOMED CT				
Complicaciones intraoperatorias				S	1..1	Sí
Existencia de complicaciones intraoperatorias				E	1..1	Sí
Existen complicaciones intraoperatorias	Lógico	Sí/No	Especifica si hubo complicaciones durante el procedimiento quirúrgico	e	1..1	Sí
Complicaciones intraoperatorias				E	0..1	No
Descripción de complicaciones intraoperatorias	Texto		Si la respuesta es sí, se deben describir las complicaciones	e	0..1	No
Eventos adversos intraoperatorios				S	1..1	Sí
Existencia de eventos adversos				E	1..1	Sí
Existen eventos adversos intraoperatorios	Lógico	Sí/No	Especifica si hubo eventos adversos durante el procedimiento quirúrgico	e	1..1	Sí
Eventos adversos intraoperatorios				E	0..1	No
Descripción de eventos adversos intraoperatorios	Texto		Si la respuesta es sí, se deben describir los eventos adversos	e	0..1	No

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Destino del paciente				S	1..1	Sí
Destino del paciente				E	1..1	Sí
Destino del paciente	Codificado	Subconjunto de Destino del paciente de SNOMED CT	Destino del paciente posterior al procedimiento quirúrgico	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.
 - **EntryRelationship.** Es la relación que permite agrupar uno o varios elementos dentro de otro.
- **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, 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, usualmente con la terminología UCUM).
- **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.
- **Multimedia (también llamado ED)**. Imágenes, vídeos, audios, etc. en formato binario multimedia, reproducibles a través de alguna aplicación específica.