



## **Guía técnica Conjunto Mínimo de Datos**

# **Informe de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos**

31 de diciembre 2021

Versión: 1.0.0

Salud.uy

## Contenido

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Cabezal .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Cuerpo.....</b>	<b>4</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>7</b>

## 1. Introducción

Este documento contiene la especificación del contenido clínico del CMD “Informe de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos” 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 procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y la guía de CDA mínimo. Al menos los siguientes elementos deberán ser **visualizados**:

Campo	Aclaraciones	Obligatoriedad
Fecha y hora de creación del documento	Fecha y hora de creación del documento	R
Documento	Identificador del paciente	R
Nombre y apellido	Nombres y apellidos del paciente	R
Sexo	Sexo del paciente	R
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del paciente	R
Teléfono	Teléfono del paciente	O
Indicación	Nombres y apellidos del profesional que indica el estudio	O
Técnico	Nombres y apellidos del técnico que realiza el estudio	O
Profesional	Nombres y apellidos de la persona que informa el estudio	R
Institución	Institución que realiza el estudio	R

### 3. Cuerpo

Los subconjuntos mencionados en el campo “Rango Valores” se encuentran en el pack de CMDs, disponible en el centro de conocimientos de Salud.uy.

#### Referencias:

S=Sección

E=Entrada

e=Elemento

er=EntryRelationship

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Conjunto Mínimo de datos del informe de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos						
Información clínica proporcionada			En esta sección se detallará la información clínica del paciente relevante para la realización del(los) estudio(s) y el diagnóstico. Esta sección es obligatoria y deberá contener al menos un dato clínico.	S	1..1	Sí
Información clínica proporcionada				E	1..1	Sí
Descripción	Texto		Información clínica relevante proporcionada por el profesional solicitante, que contribuye al procedimiento y diagnóstico por parte del profesional responsable.	e	1..1	Sí
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos			En esta sección se describirán el/los estudio(s) realizados al paciente. Esta sección es obligatoria y deberá contener, al menos, un estudio, la localización o	S	1..1	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
			región anatómica de realización del procedimiento y el resultado de dicho estudio.			
<b>Procedimiento</b>				E	1..1	Sí
Nombre del procedimiento	Codificado	Subconjunto SNOMED CT Nombre del procedimiento de imagen	Nombre y/o identificador del procedimiento, con especificación de la topografía. Ej: Radiografía de tórax.	e	1..1	Sí
Fecha y hora de realización del procedimiento	Fecha	aaaa/mm/dd hh:mm:ss	Fecha en la que se realiza el estudio	e	1..1	Sí
Aclaraciones técnicas	Texto		Aclaraciones respecto a la o las técnicas que serán necesarias precisar, que no estén comprendidas dentro del código SNOMED CT del nombre del procedimiento. Ej. Frente y perfil.	er	0..1	No
Localización	Codificado	Subconjunto SNOMED CT Localización	Localización/región anatómica de realización del procedimiento que puede estar incluido en el nombre del procedimiento. Ej. Tórax.  El siguiente campo (lateralidad) forma parte del elemento Localización	er	1..n	Sí

Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
*Lateralidad	Codificado	Subconjunto SNOMED CT Lateralidad	Lateralidad de la localización anatómica Este es un elemento del campo anterior (Localización)	e	0..1	No
<b>Informe</b>				E	1..1	Sí
Informe	Texto		Texto narrativo de lo encontrado y realizado durante el procedimiento.	e	1..1	Sí
<b>Conclusiones</b>	Los siguientes campos forman parte del elemento Conclusiones			E	0..1	No
En suma	Texto		Interpretación narrativa concisa de los hallazgos en el examen y sugerencias que el especialista considere pertinente realizar.	er	0..1	No
Representación del resultado	Multimedia		Imagen digital, video o diagrama representando el resultado del examen. Id pack y de imagen.	er	0..1	No

## Glosario

- **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.

- **Fecha (también llamado DATE o TS).** 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.