



Guía de técnica Conjunto Mínimo de Datos

Documento de Consulta de urgencia Emergencia centralizada

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
09/06/2020	2.1.3	Equipo CMD	Se modificó el formato de la frecuencia de administración del Fármaco

Tabla de Contenido

Control de cambios	2
1. Introducción	4
2. Conjunto mínimo de datos del documento de Consulta de urgencia – Emergencia centralizada	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 centralizada. 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 centralizada

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 Centralizada Este documento contiene las variables que integran el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) definido para la consulta de urgencia o emergencia en el ámbito hospitalario o sanatorial, o sedes secundarias donde la consulta sea considerada como consulta de Urgencia o Emergencia centralizada.						
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 estadía en emergencia. 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

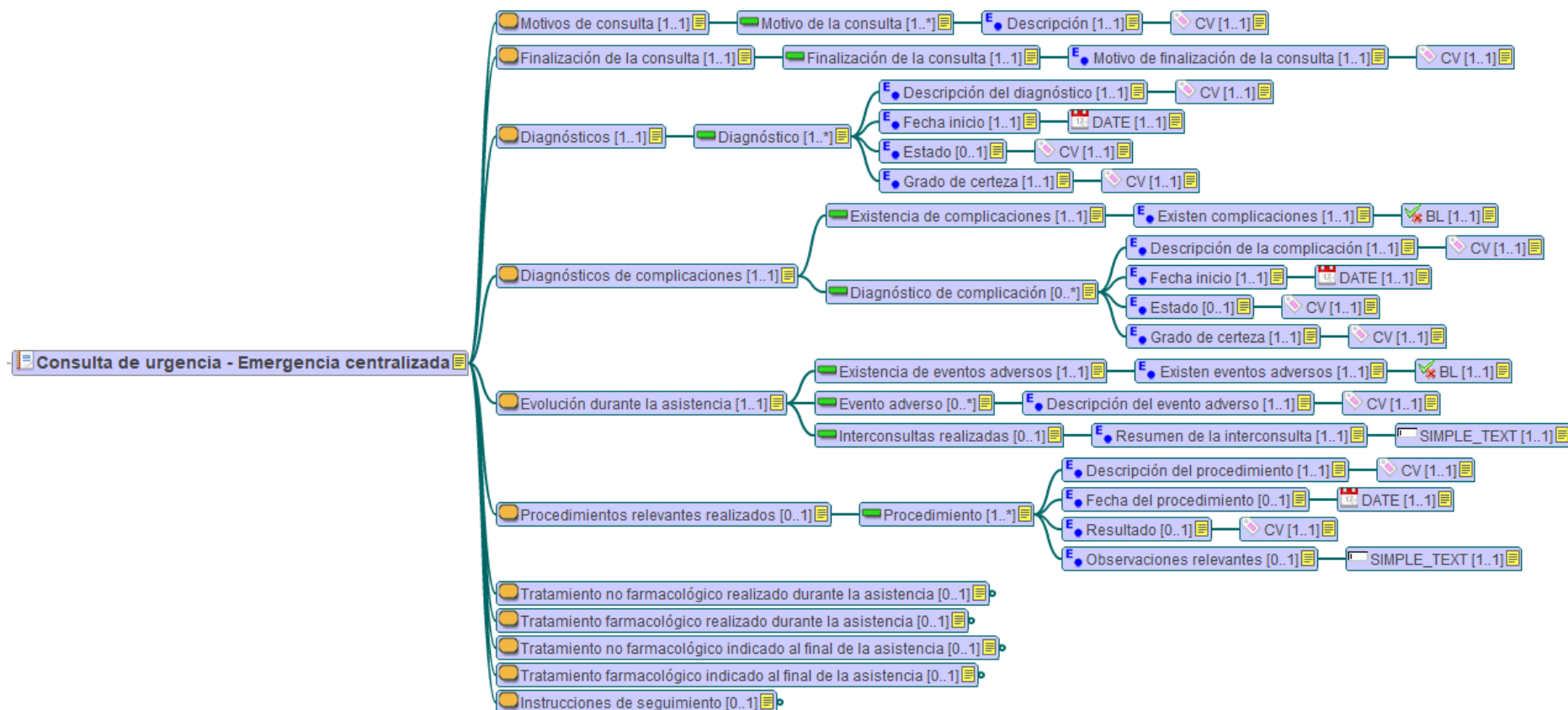
Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Cantidad	Cantidad		Número de unidades de prescripción del fármaco por toma + unidad de prescripción. Ej. 6 dosis	e	1..1	Sí
Frecuencia de administración	Cantidad		Frecuencia en que se administra cada toma. Ej. Cada 20 minutos	e	1..1	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

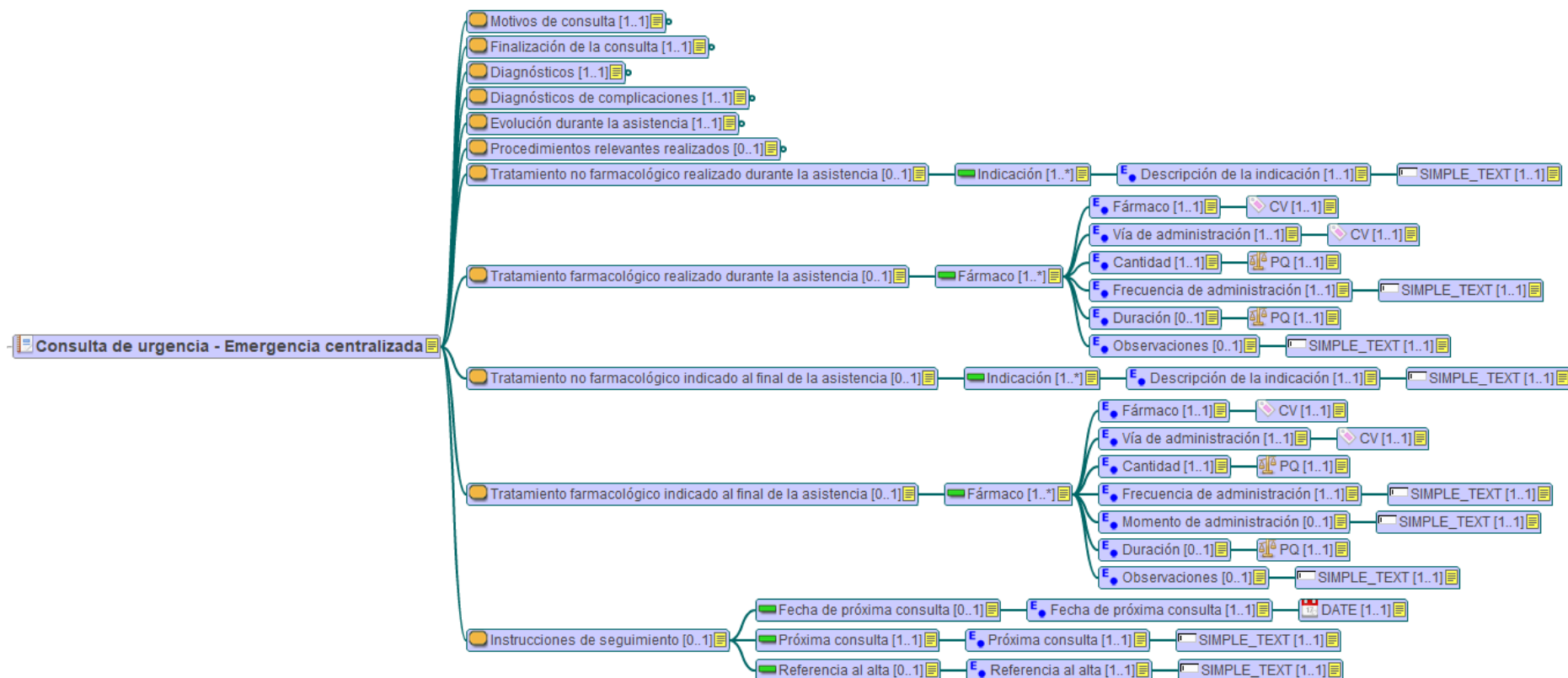
Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Tipo	Ocurrencia	Obligatorio
Tratamiento farmacológico indicado al final de la asistencia			En esta sección se detallarán las indicaciones terapéuticas farmacológicas realizadas al final de la consulta, para continuidad del tratamiento del paciente. La sección 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.