



Guía técnica

Conjunto Mínimo de Datos

Informe de Imagenología

Junio 2023

Versión: 2.1.1

Salud.uy

Contenido

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Control de cambios..... | 3 |
| 1. Introducción..... | 4 |
| 2. Alcance | 4 |
| 3. Cabezal | 4 |
| 4. Cuerpo..... | 6 |
| Glosario..... | 10 |

Control de cambios

| Fecha | Versión | Responsables | Cambios |
|----------------|---------|--------------|---|
| Setiembre 2022 | 1.0.1 | Equipo CMD | Se agrega el alcance. |
| Enero 2023 | 2.0 | Equipo CMD | Se agregaron las entradas “Interpretación de hallazgos”, “Contraste” y “FEVI”. Se eliminó la entrada “Localización”. |
| Mayo 2023 | 2.1 | Equipo CMD | Se actualiza Alcance. Se modifican ocurrencias en entrada “Interpretación de hallazgos”. Se crean Casos de Uso para el Cabezal. |
| Junio 2023 | 2.1.1 | Equipo CMD | Se especifican los subconjuntos de SNOMED CT para la entrada “Interpretación de hallazgos”. |

1. Introducción

Este documento contiene la especificación del contenido clínico del CMD “Informe de Imagenología” 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. Alcance

El CMD de Informe de Imagenología incluye, entre otras que puedan surgir en el futuro, las siguientes modalidades que requieran de un informe: Ecografías, Tomografías, Resonancias, Densitometrías, Mamografías, Ecocardiogramas, y Radiografía.

Aquellos procedimientos que son guiados por imagen para su realización se excluyen de este CMD.

Se deberá generar un solo CMD por técnica, ejemplo uno para ecografía mamaria y otro para mamografía, aunque se hayan realizado en la misma instancia.

3. Cabezal

Se deben incluir en el cabezal todos los elementos especificados en la guía de implementación del conjunto mínimo de datos para imagenología 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 |
| Institución | Institución que genera el CMD | R |
| Médico solicitante | Nombres y apellidos del médico que solicita el estudio | O |

| | | |
|------------------------|--|---|
| Técnico | Nombres y apellidos del técnico que realiza el estudio | O |
| Profesional informante | Nombres y apellidos del médico que informa el estudio | R |

Casos de uso

Caso 1

El informe lo genera el mismo prestador:

- Institución: R
- Medico solicitante: O
- Técnico: O
- Profesional informante: R

Caso 2

El informe lo genera otro prestador, pero lo sube a nombre del que lo pidió (ByOrderOf):

- Institución: R (Institución donde se realizó el estudio)
- Medico solicitante: O (Médico de la institución que solicitó el estudio)
- Técnico: O (Técnico del prestador donde se realiza el estudio)
- Profesional informante: R (Médico del prestador donde se realiza el estudio)

Caso 3

El informe se realiza en una clínica privada, pero se registra en el prestador que indicó el estudio.

El id de estructura del id de documento corresponde a la institución que registra el estudio.

- Institución: R (Institución donde se realizó el estudio)
- Medico solicitante: O (Médico de la institución que solicitó el estudio)
- Técnico: O (Técnico de la clínica donde se realiza el estudio)
- Profesional informante: R (Médico de la clínica donde se realiza el estudio)

4. Cuerpo

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

Referencias:

S = Sección

E = Entrada

e = Elemento

er = EntryRelationship

(*) = Obligatoriedad condicional

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--|---------|---------------|--|------|------------|-------------|
| Conjunto Mínimo de datos del Informe de Imagenología | | | | | | |
| Información clínica proporcionada | | | En esta sección se detallará la información clínica del paciente relevante para la realización del(los) estudio(s) de imagenología 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 |
| Imagenología | | | En esta sección se describirán el/los estudio(s) de imagenología realizados al paciente. Esta sección es | S | 1..1 | Sí |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--|------------|---|--|----------|-------------|-------------|
| | | | obligatoria y deberá contener, al menos, un estudio de imagenología, la región anatómica de realización del procedimiento y el resultado de dicho estudio. | | | |
| Fecha y hora de realización del procedimiento | | | | 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 |
| Procedimiento realizado | | | | E | 1..n | Sí |
| Nombre del procedimiento | Codificado | Subconjunto SNOMED CT Estudio de imagen | Procedimiento realizado con especificación de la topografía. Ejemplo: Radiografía de tórax. | e | 1..1 | Sí |
| Contraste | Lógico | Sí/No | Indica si se requiere contraste en el procedimiento realizado. Nota, se indica “contraste = si”: *cuando se realiza primero el estudio sin contraste y luego requiere contraste. *en caso que corresponda, independientemente de que en el nombre del procedimiento se incluya o no el contraste. | er | 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. En este campo se puede indicar la región y el tipo de contraste. Ejemplo: Enfoque (Frente y perfil). | er | 0..1 | No |

| Campo | Formato | Rango Valores | Aclaraciones | Tipo | Ocurrencia | Obligatorio |
|--|------------|--|--|----------|-------------|---------------|
| Lateralidad | Codificado | Subconjunto SNOMED CT Lateralidad | Lateralidad de la localización anatómica. | e | 0..1 | No |
| Informe | | | | E | 1..1 | Sí |
| Informe | Texto | | Texto narrativo de lo encontrado y realizado durante el procedimiento. | e | 1..1 | Sí |
| Interpretación de hallazgos | | | | E | 0..n | No (*) |
| Interpretación de hallazgos | Codificado | Subconjunto de SNOMED CT BIRADS / TIRADS | <p>Indica el valor de la estadificación de la evaluación específica del estudio.</p> <p>(*) Este campo es requerido para los siguientes informes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ecografía mamaria y mamografía: estadificación BI-RADS <p>Para el caso de Ecografía de tiroides es recomendable incluir la estadificación TI-RADS.</p> | e | 1..1 | Sí |
| Fracción de eyección del ventrículo izquierdo | | | | E | 0..1 | No (*) |
| Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo | Texto | | <p>Indica el valor numérico para la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), en porcentaje.</p> <p>(*) Este campo es requerido para los Informes de Ecocardiograma: FEVI</p> | e | 1..1 | Sí |

| 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 | 1..1 | Sí |
| Representación del resultado | Multimedia | | Imagen digital, video o diagrama representando el resultado del examen. Idpack 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.