

**GRD`S** COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA  
DE DECISIONES ENTRE LAS **ÁREAS MÉDICA Y FINANCIERA.**  
SERVICIO DE *CIRUGÍA*  
**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.**



**H  
O  
S  
P  
I  
T  
A  
L  
D  
E  
R  
I  
O  
T  
I  
N  
T  
O**



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**





Elaboración realizada por:

María Josefa Rojas Lucena – TSADS.

Isabel García Gallegos – TSADS.

Inmaculada Bellamy García – TSADS.

AUTORES DE LIBRO COMPLETO

Colaboradores:

Concepción Lombardo Martínez

(Responsable del Servicio de Admisión y Documentación clínica). AGSNH.

Francisco Javier Delgado Alés (Médico Documentalista). Hospital de la Axarquía.

Julio González-Outón (Médico Documentalista). Hospital Universitario Puerto Real.

Edita: Servicio Andaluz de Salud

Hospital de Riotinto (AGSNH)

Servicio de Documentación e Información Sanitaria

Avd. La esquila nº 5

CP: 21660 Minas de Riotinto. Huelva

Telf.: 959025205 / 959025407

Primera edición ..... 2016

**ISBN: 978-84-608-9660-9**

Publicado en:

<http://www.sadim-andalucia.com/descargas/publicaciones/tsds>

<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com.es/search/label/Libros>

**Prohibida la copia** y la reproducción, **total o parcial**, sin consentimiento previo y explícito de los autores.



**GRD`S COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA  
DE DECISIONES ENTRE LAS ÁREAS MÉDICA Y  
FINANCIERA. SERVICIO DE CIRUGÍA**

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.**

**AGRADECIMIENTOS:**

Nos gustaría dar las gracias, en primer lugar, a todos los profesionales del Hospital de Riotinto, que han animado, impulsado y colaborado en el desarrollo de este libro guía.

En segundo lugar destacar las aportaciones de los compañeros de otros Centros en cuanto a la mejora de la información y precisión del contenido del libro.

Parte de esta publicación no vería la luz sin el trabajo realizado por el grupo Osakidetza y su “Manual de Descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico”, el cual facilita la comprensión a los profesionales.

Por último pero no menos importante, es destacar la labor del Ministerio de Sanidad y Consumo en el desarrollo de la “Norma Estatal de los GRD (AP-GRD V25). Año 2010”.

# ÍNDICE

---

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>CONCEPTO GRD y CARACTERÍSTICA GENERALES</b> .....	<b>9</b>
CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE LOS GRD .....	9
CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD.....	10
DESARROLLO DE UN ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN.....	13
JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD (CC, CCM).....	14
INDICE CAUSÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL .....	15
<b>VENTAJAS E INCONVENIENTES</b> .....	<b>17</b>
<b>PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD</b> .....	<b>18</b>
<b>PROCESO DE CODIFICACIÓN CORRECTA CIE-9-MC</b> .....	<b>19</b>
<b>RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS</b> .....	<b>20</b>
TABLA 1:LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.....	20
TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.....	20
TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.	21
ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD.....	22
TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL AÑO 2011 .....	24
TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS EN EL AÑO 2011 .....	25

**EPISODIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, EJERCICIOS Y GRD's ASIGNADOS ..... 26**

<b>Episodio 1</b> – GRD 549. NECROSIS M.INF. IZDO .....	26
<b>Episodio 2</b> – GRD 585. COLECCIÓN INTRAABDOMINAL.....	28
<b>Episodio 3</b> – GRD 549. PIE DIABÉTICO INFECTADO .....	30
<b>Episodio 4</b> – GRD 585. INFECCIÓN CRÓNICA DE HERIDA QUIRÚRGICA.....	32
<b>Episodio 5</b> – GRD 158. ABSCESO PERIANAL .....	34
<b>Episodio 6</b> – GRD 494. COLELITIASIS.....	36
<b>Episodio 7</b> – GRD 557. COLANGITIS DE REPETICIÓN Y MALLORY-WEISS.....	38
<b>Episodio 8</b> – GRD 494. COLECISTITIS AGUDA LITIASICA.....	40
<b>Episodio 9</b> – GRD 207. COLANGITIS AGUDA SUPURADA .....	43
<b>Episodio 10</b> – GRD 877. OBSTRUCCION ILEAL POR BEZOAR. PERITONITIS POR DEHISCENCIA DE SUTURA.....	45
<b>Episodio 11</b> – GRD 585. NEOPLASIA DE SIGMA.....	48
<b>Episodio 12</b> – GRD 557. COLANGITIS AGUDA. COLELITIASIS.....	50
<b>Episodio 13</b> – GRD 558. NECROSIS, CELULITIS PIE IZQUIERDO .....	52
<b>Episodio 14</b> - GRD 883. APENDICITIS AGUDA. PERITONITIS PURULENTA ....	54
<b>Episodio 15</b> – GRD 158. ABSCESO PERIANAL .....	56
<b>Episodio 16</b> – GRD 883. APENDICITIS AGUDA.....	58
<b>Episodio 17</b> – GRD 208. ICTERICIA OBSTRUCTIVA.....	60
<b>Episodio 18</b> – GRD 581. SOBREENFECCION ULCERAS POR DECUBITO.....	62

**DESARROLLO DE ALGORITMOS .....64**

DESARROLLO DE LA CDM 6 ..... 64

**CODIFICACIÓN CORRECTA .....71**

**GRD`s CORRECTOS.....83**

**CONCLUSIONES .....85**

**REFERENCIAS .....87**

## PRESENTACIÓN

Es para nosotros una satisfacción haber tenido la oportunidad de elaborar esta guía práctica en el ámbito de la codificación clínica, ya que, aunque disponemos de acceso a mucha información teórica en todos los ámbitos profesionales que abarca el técnico en documentación sanitaria, son escasos los documentos que nos brindan la oportunidad de poner a prueba nuestros conocimientos y además, guiarnos hacia una comprensión global de los procesos administrativos, clínicos y económico financieros de la gestión hospitalaria.

Por ello, este libro se ha creado por y para los técnicos en documentación sanitaria, como una guía básica, teórica y práctica que nos ayude a comprender la casuística hospitalaria (*case mix*) a través de los GRD's, entendiéndolo que para ello, la base fundamental de este sistema es una codificación de diagnósticos y procedimientos lo más exhaustiva posible.

Afortunadamente disponemos del acceso al CMBD, que supone un consenso sobre los datos básicos del paciente en su proceso asistencial. De ahí que gracias a él podamos comparar los datos en el ámbito local, autonómico, nacional e internacional.

Y por último, animaros a todos, independientemente de si tenéis o no, acceso al desarrollo de éstas competencias, a entender lo que hacemos, como lo hacemos y hacia dónde debemos dirigir nuestras potenciales líneas de mejora, ya que todo ello forma parte del desarrollo profesional del técnico en documentación sanitaria.

## INTRODUCCIÓN

Los resultados expuestos en este documento han sido elaborados por el Servicio de Documentación e Información Sanitaria del Hospital de Riotinto a partir de los propios datos del Servicio, obtenidos directamente del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización del año 2011 de un hospital comarcal del Servicio Andaluz de Salud y han sido comparados con los resultados del resto de hospitales de su misma categoría así como del total de hospitales del SAS.

Se ha explotado un número total de 677 altas en el servicio de Cirugía durante el año 2011, cribándose 15 GRD`s representativos en cuanto a mayor peso general, más frecuentes y con mayor peso relativo. Los 5 GRD`s con mayor peso que generan un consumo de recursos elevados, constan de un total de 23 altas, los 5 GRD`s más frecuentes que engloban un mayor número de episodios con un total de 229 altas y los 5 GRD`s de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 145 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 18 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Cirugía y el porcentaje de asistencia respecto al resto de servicios durante el año 2011. Analizamos los GRD`s a los que corresponden para así valorar la importancia de una correcta indización para su posterior codificación con la CIE-9 MC.

Para una comprensión global analizaremos alguno de los algoritmos de dichos episodios que nos llevan a un GRD determinado y el porcentaje representativo dentro del servicio de Cirugía con respecto al resto de GRD`s más habituales.

Realizamos un resumen sencillo y gráfico de los GRD`s, imprescindible para comprender su asignación, además de facilitar apartados rellenables en los episodios seleccionados, previos a los códigos correctos y así hacer de esta guía un manual práctico para el codificador.

## CONCEPTO GRD Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

los GRD son un sistema de clasificación de pacientes que se agrupan homogéneamente basándose en el análisis de grandes bases de datos que combina diagnósticos, procedimientos y otras variables relevantes, con el objetivo de valorar y por tanto predecir el consumo de recursos de cada paciente. Sus características generales son:

- El nº de GRD`s es manejable (~/=650) y son exhaustivos y excluyentes.
- Las variables que utiliza forman parte de los datos que habitualmente se recogen en el hospital (CMBD).
- Cada grupo representa una entidad coherente.
- El consumo de los pacientes incluidos en un grupo es similar (isoconsumo).

### **CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE LOS GRD**

La información que necesita el sistema GRD para clasificar cada paciente está contenida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que es obligatorio recoger en todo paciente ingresado en un hospital. Los campos necesarios que influyen en la generación de los GRD son:

1. Procedencia del ingreso
2. Centro de procedencia
3. Nº de tarjeta sanitaria
4. Nº de afiliación a la S.S.
5. Identificación del hospital
6. Identificación del paciente
7. Nº de asistencias
8. **Fecha de nacimiento**
9. **Sexo**

10. Residencia
11. Financiación
12. Fecha del ingreso
13. Circunstancias del ingreso
14. Identif. Médico responsable. Ingreso
15. Identif. Servicio responsable. Ingreso
16. Fecha de traslado
17. Identif. Servicio de traslado
18. Identif. Servicio responsable del alta
19. Identif. Médico responsable del alta
20. Fecha del alta
21. **Circunstancias del alta**
22. Identificación centro de traslado
23. **Diagnóstico principal**
24. **Otros diagnósticos**
25. Causa externa
26. **Procedi. Diagnósticos/terap.**
27. Fecha intervención quirúrgica
28. Fecha de parto
29. Tiempo de gestación
30. **Peso recién nacido**
31. Sexo recién nacido

Los diagnósticos principal y secundarios así como las intervenciones u otros procedimientos deben estar codificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Modificación Clínica (CIE-9-MC).

### **CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD Y ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN**

La agrupación GRD es única y excluyente, de forma que cada episodio de hospitalización de cada paciente se clasifica en un único GRD que queda descrito por:

- Un número.
- Un título que pretende ser descriptivo de su contenido.
- Una indicación de si es un GRD médico o quirúrgico.
- Un peso que pondera el consumo de recursos necesario para asistir ese tipo de pacientes. El peso es fijo y se calculó en función de los recursos reales consumidos en una base de datos histórica.

Todos los GRD quedan recogidos en las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM), que son 26 capítulos que se ajustan a los aparatos o sistemas corporales, y son los siguientes:

00. Sin asignación de CDM
01. Enfermedades y trastornos del Sistema Nervioso.
02. Enfermedades y trastornos del Ojo.
03. Enfermedades y trastornos de O.R.L.
04. Enfermedades y trastornos del Sistema Respiratorio.
05. Enfermedades y trastornos del Sistema Circulatorio.
06. Enfermedades y trastornos del sistema digestivo.
07. Enfermedades y trastornos del Sistema Hepatobiliar y Páncreas.
08. Enfermedades y trastornos del Sistema Musculoesquelético y Conectivo.
09. Enfermedades y trastornos de la Piel, Tejido subcutáneo y mama.
10. Enfermedades y trastornos Endocrinos, de la Nutrición y del Metabolismo.
11. Enfermedades y trastornos del Riñón y tracto urinario.
12. Enfermedades y trastornos del Sistema Reproductor Masculino
13. Enfermedades y trastornos del Sistema Reproductor Femenino.
14. Embarazo, Parto y puerperio.
15. Recién Nacidos y condiciones neonatales.
16. Enfermedades y trastornos de la Sangre, del Sistema Hematopoyético y del Sistema Inmunitario.
17. Enfermedades y trastornos Mieloproliferativas y Neoplasias poco diferenciadas.

18. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, sistémicas o de sitio inespecífico.
19. Enfermedades y trastornos Mentales.
20. Consumo de Alcohol/Drogas y trastornos mentales orgánicos derivados.
21. Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas.
22. Quemaduras.
23. Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con el Sistema.
24. Infección por VIH.
25. Traumatismo Múltiple.

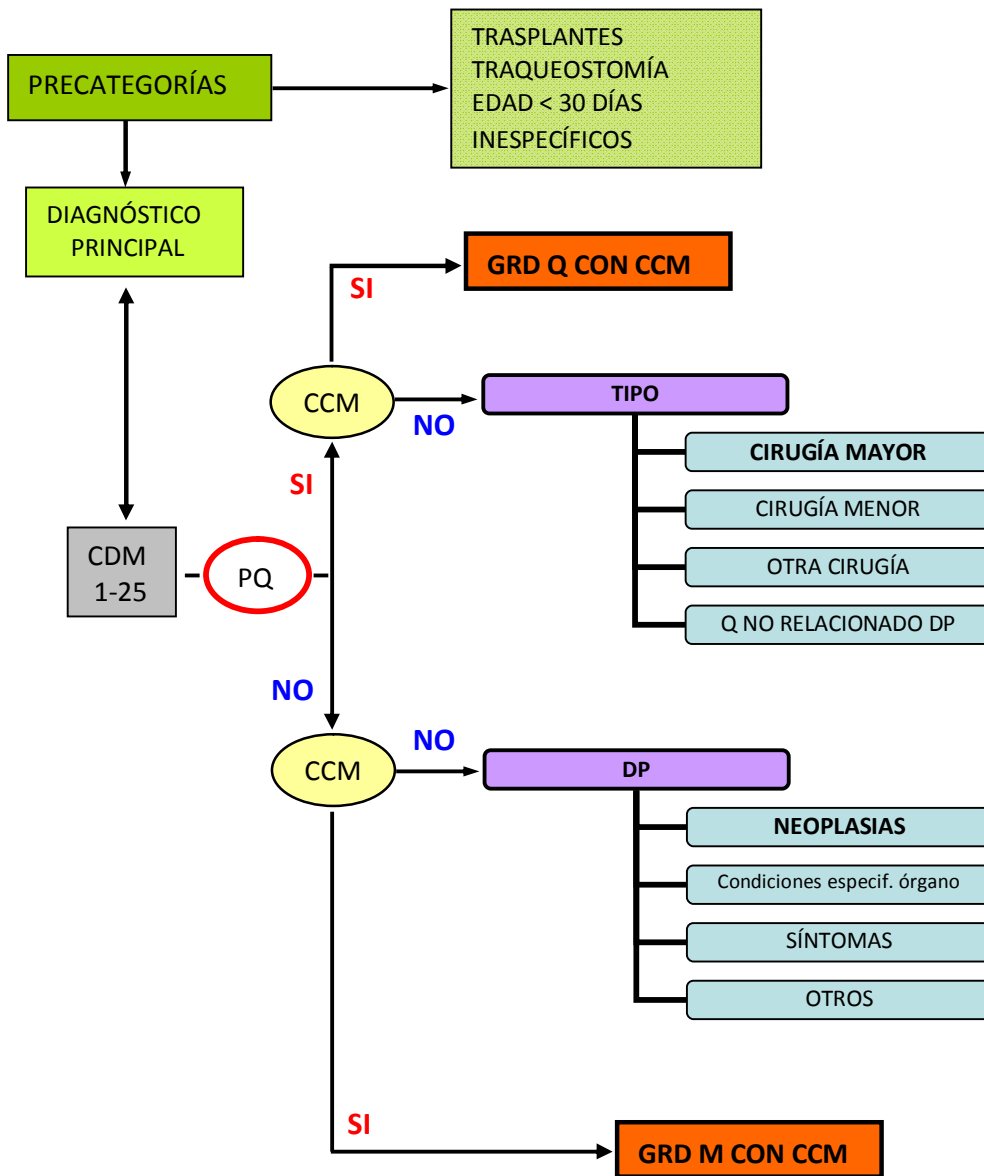
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón, trasplante renal y de páncreas y traqueostomía.

La construcción de los GRD, se basa en:

- Asignación de una CDM en función del diagnóstico principal.
- Asignación de un subgrupo Quirúrgico o Médico en función de si ha habido o no intervención quirúrgica.
  - El subgrupo quirúrgico se subclasifica según una jerarquía quirúrgica preestablecida en cada CDM según la intensidad de consumo de recursos.
  - El subgrupo médico se subclasifica según el tipo de diagnóstico principal. Casi todas las CDM incluyen una subclase de neoplasias y varios diagnósticos y síntomas específicos.
- Asignación de GRD específico en función de otras variables (edad, complicaciones, comorbilidades...) que se hayan mostrado significativas.

A continuación desarrollamos un algoritmo genérico de clasificación de GRD para ver de una forma gráfica y fácil su asignación.

**ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE GRD**



**JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD**

El programa informático que gestiona la asignación de GRD se basa en los siguientes pasos:

- El diagnóstico principal es el que utiliza para la asignación de la CDM.
- El resto de los diagnósticos, sean complicaciones o comorbilidades (CCM) y sin importar el orden de codificación, pueden influir en la asignación de GRD siempre que previamente el programa contemple alguno de ellos, en función de que supongan un aumento en el consumo de recursos (ya sean en procedimientos o en el aumento de días de estancia).
- El orden de los procedimientos es indistinto, el programa busca en primer lugar si existen quirúrgicos para subclasificar dentro de cada CDM y después mirar el resto de los procedimientos. Si existen varios, utilizará primero el más complejo.

Comprendiendo estos pasos entenderemos la importancia de una codificación exhaustiva y de calidad que recoja todos los diagnósticos y procedimientos del episodio, porque de ello dependerá el GRD asignado y por consiguiente el peso relativo que le corresponda, que será fundamental para la financiación hospitalaria, por ejemplo:

**GRD 192:** Procedimientos sobre páncreas, hígado sin derivación y si CC (p.e: hepatectomía parcial) .....peso: **2.1853**



+ **CCM** (peritonitis postoperatoria)



**GRD 555:** Procedimientos sobre páncreas, hígado y vía biliar excepto trasplante hepático con CCM.....peso: **7.3988**

## **INDICE CAUSÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL**

La actividad hospitalaria que genera el tratamiento de pacientes requiere del consumo de recursos de distinto tipo: médicos (personal, productos sanitarios, medicamentos, tiempo de quirófano, material fungible, etc.), como no médicos (hosteleros, mantenimiento de instalaciones, personal de apoyo, etc.), los cuales se contabilizan para ser incluidos en los GRD's.

Los pesos relativos permiten hacer comparaciones sobre la "complejidad" de los episodios, entendida esta, desde el punto de vista de consumo de recursos pero no desde el punto de vista clínico. Nos permiten calcular el índice casuístico o índice de case-mix de un hospital, servicio, equipo... lo que nos facilita valorar la complejidad de los episodios tratados.

El case-mix se define como la media ponderada de los pesos de los GRD de los episodios tratados.

### *Índice casuístico de Pesos GRD (ICP) ó Peso Medio del Hospital*

Es un indicador de gestión que nos da idea de la complejidad de los pacientes tratados en un hospital (es el case-mix).

Razón entre el sumatorio de los productos que resultan de multiplicar el nº de altas de cada GRD en el hospital por su correspondiente peso relativo, y el total de altas del hospital. Se calcula:

$$ICP = \frac{\sum (N_{ih} \times P_{ri})}{\sum N_{ih}}$$

**I** = GRDi

**H** = hospital h

**N<sub>ih</sub>** = nº de altas en el GRDi en el hospital h

**P<sub>ri</sub>** = peso relativo del GRDi

### Pesos relativo del hospital

Es un indicador de complejidad (índice case-mix de peso). Es la razón entre el peso medio del hospital y el del conjunto hospitalario que se use como estándar.

Nos muestra la complejidad relativa de los pacientes del centro en términos de coste por GRD.

Un peso relativo superior a 1 indicará una casuística más costosa.

El índice case mix y el peso relativo coincide en la mayoría de las veces, permitiendo una confirmación de la mayor o menor complejidad de la casuística.

$$\text{Peso relativo} = \frac{\text{Peso medio del hospital (ICP)}}{\text{Peso medio del estándar}}$$

\*Cuando decimos que el GRD 106 (By-pass coronario con cateterismo cardíaco) tiene un peso de 7,4146 significa que su consumo está 6,1419 veces por encima de la media de todos los GRD.

\*Si el GRD 167 (Apendicectomía no complicada) tiene un peso de 0,9118 podemos decir que el GRD 106 consume 8,1318 (7,4146 / 0,9118) veces más que el GRD 167.

## **VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS GRD**

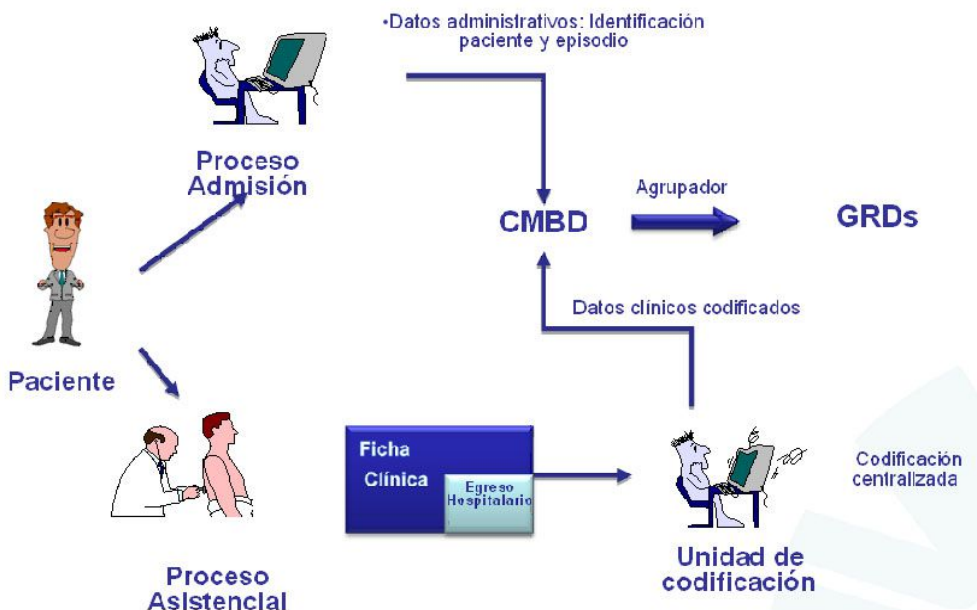
### **VENTAJAS**

- Nos permiten cuantificar el consumo de recursos según las patologías y su grado.
- Nos permiten construir indicadores sobre el producto hospitalario.
- Nos permiten comparar la actividad de hospitales, servicios, equipos...
- Es un sistema de medición del producto hospitalario extendido internacionalmente y se revisa anualmente para mejorarlo.

### **INCONVENIENTES**

- Su fiabilidad depende de los sistemas de información del hospital.
- Están basados en bases de datos de EE.UU.
- Se pierde información sobre los episodios de los pacientes.
- Dependen de la fiabilidad de la codificación.
- Prima las opciones quirúrgicas frente a las médicas.
- Pueden ser manipulados aún sin transgredir la normativa.
- No son buenos medidores de la severidad de los procesos.
- No miden la actividad sobre los pacientes no ingresados (unidad de día, consultas, rehabilitación...).
- Están diseñados para episodios agudos.
- Tiene cierto rechazo de los clínicos que no llegan a ver su utilidad ya que su génesis está basada fundamentalmente en criterios de gestión.

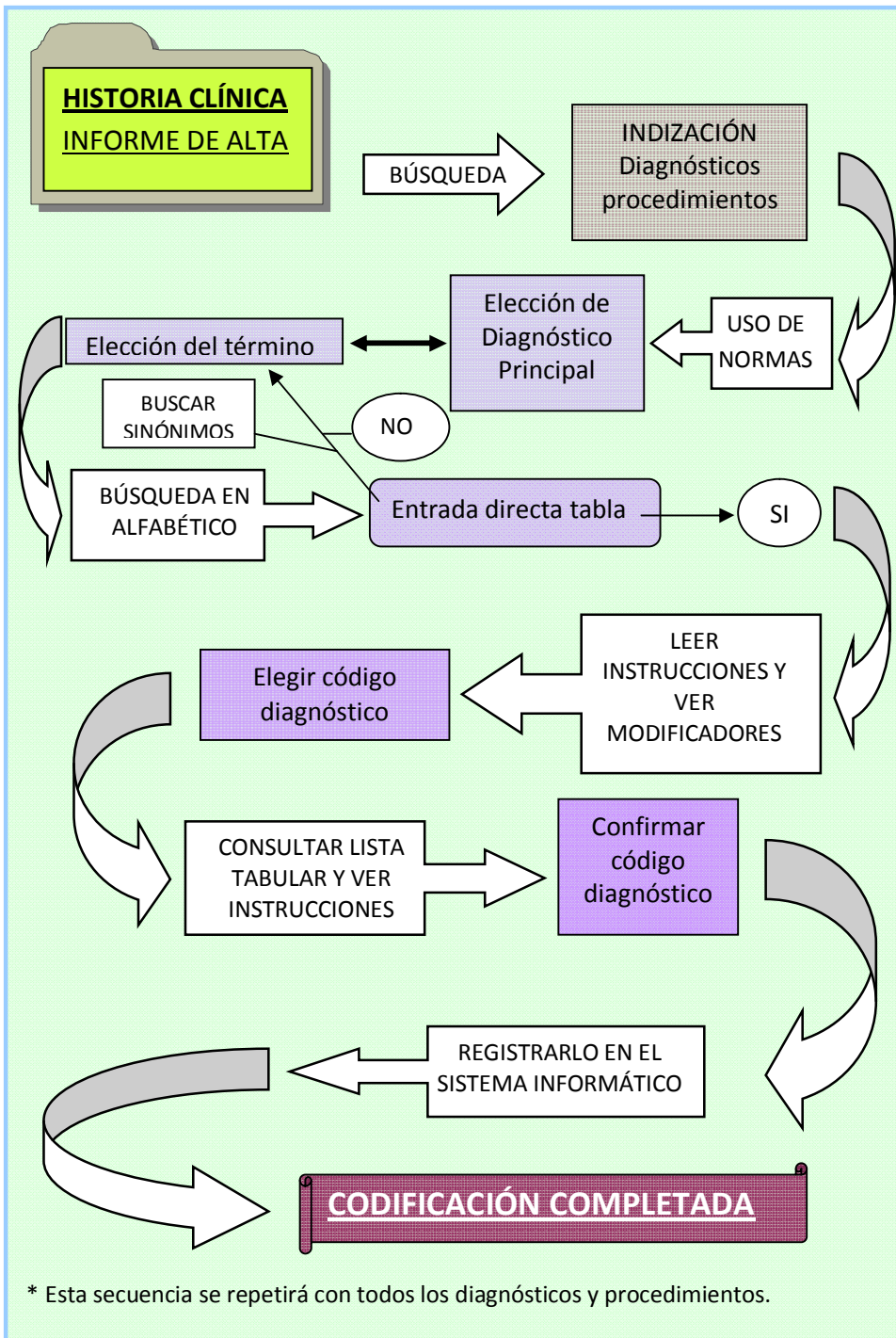
## PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD



Este proceso es imprescindible para que el agrupador llegue al GRD de una CDM y no a otra, existiendo un entramado de decisiones que se alimenta de todas las variables. La codificación es la normalización del lenguaje verbal, transformándolo en números, permitiendo el tratamiento de la información. En la actualidad utilizamos la CIE-9-MC, cuarta edición.

La historia clínica es la herramienta de la que obtenemos los datos necesarios para llegar al diagnóstico principal y los secundarios, que también influyen en el tratamiento o los procedimientos. El informe de alta es el documento que mejor recoge la información y las conclusiones a las que se llega en el episodio de la hospitalización, por ello es necesario que sea completo y específico. La calidad de éste repercute directamente en la calidad de la codificación y por tanto podría modificar el peso y los GRD. Desafortunadamente el facultativo no recoge toda la información del episodio por lo que es muy recomendable codificar con historia clínica completa ya que tenemos la información aportada por todos los sanitarios que participan en el episodio.

## PROCESO PARA UNA CORRECTA CODIFICACIÓN CIE-9-MC



## RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS

En el servicio de cirugía durante el año 2011 se han generado un total de 677 episodios, entre los cuales, hemos seleccionado los 15 GRD mas significativos, según su peso, su frecuencia y su peso relativo.

**TABLA 1: LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
<b>*877</b>	0	Q	<b>48,41</b>	1	<b>67,69</b>
<b>549</b>	5	Q	<b>10,07</b>	3	<b>19,12</b>
<b>581</b>	18	Q	<b>6,81</b>	3	<b>23,75</b>
<b>558</b>	8	Q	<b>6,52</b>	1	<b>22,75</b>
<b>*585</b>	6	Q	<b>6,03</b>	15	<b>24,19</b>

**TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
<b>*494</b>	7	Q	0,96	<b>70</b>	3,63
<b>208</b>	7	M	0,68	<b>56</b>	7,01
<b>*883</b>	6	Q	0,94	<b>46</b>	67,69
<b>158</b>	6	Q	0,65	<b>30</b>	2,77
<b>207</b>	7	M	1,16	<b>27</b>	9,52

**TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*585</b>	6	<b>Q</b>	<b>6,03</b>	15	24,19
<b>*494</b>	7	<b>Q</b>	<b>0,96</b>	70	3,63
<b>557</b>	7	<b>M</b>	<b>3,76</b>	13	14,22
<b>*877</b>	0	<b>Q</b>	<b>48,41</b>	1	67,69
<b>*883</b>	6	<b>Q</b>	<b>0,94</b>	46	67,69

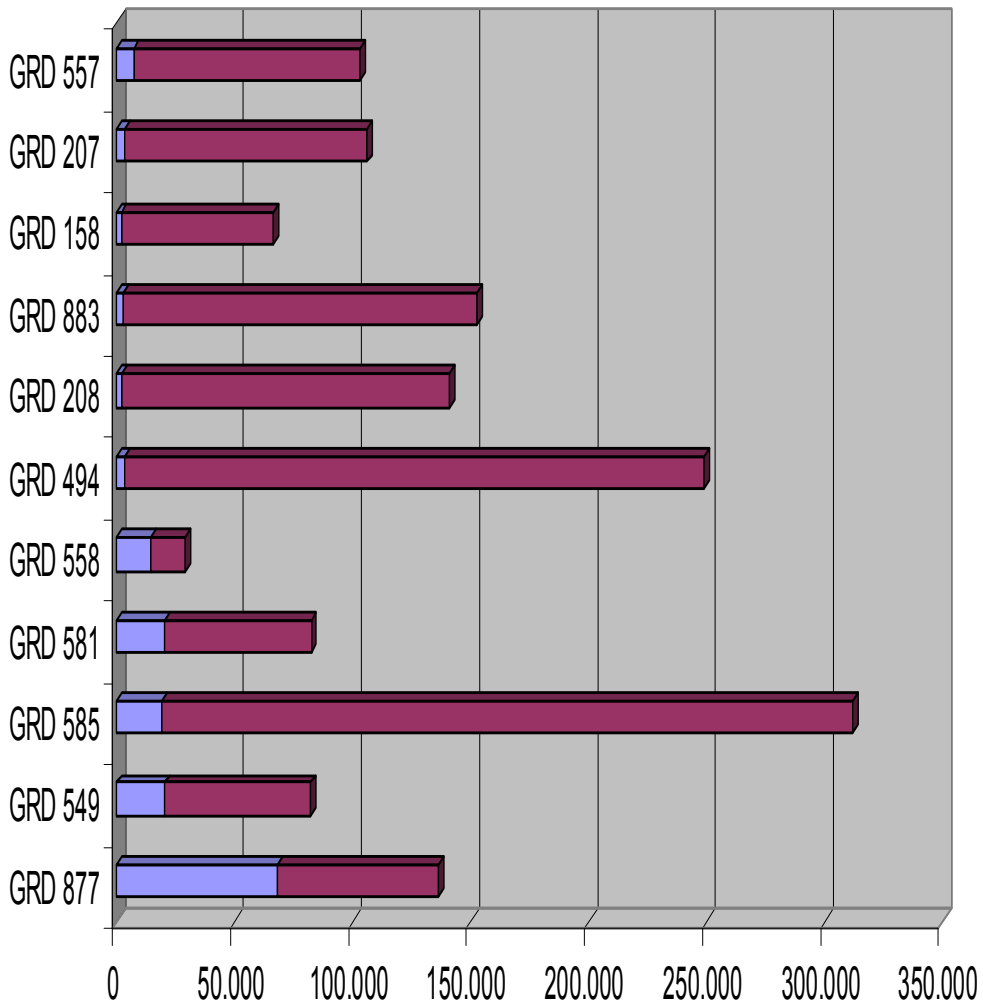
Analizando las tablas comprobamos que de los 265 episodios analizados sólo el 36,22% son de tipo médico, con lo que se comprueba como influye el tratamiento en el aumento del peso del servicio.

En la tabla 1 los 23 episodios a estudio son de tipo quirúrgicos, tienen una estancia media más elevada que el resto de tablas aunque con menos pacientes y aún así estos GRD son los que tienen más peso aunque no por ello tienen un coste más elevado ya que eso dependerá del número de episodios que se generen por cada GRD. Por ejemplo, el GRD 877 tiene un peso de 48,41 pero sólo ha habido un episodio, mientras que el GRD 494 con un peso de 0,96, tiene un total de 70 episodios por lo que su coste será muy equivalente.

En la tabla 2 comprobamos que ya el 32,24% de los episodios son de tipo médico, pero el cómputo total de pacientes es muy superior a la tabla 1 por lo que se concluye que aunque la estancia media y el peso es muy inferior, el número elevado de pacientes marca los diagnósticos y procedimientos más comunes en el servicio.

La tabla 3 analiza la media entre peso, número de pacientes y estancia media, por ello nos aporta los GRD con más peso relativo y nos da una idea acerca de la complejidad del servicio de cirugía.

**ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD (€)**



	GRD 877	GRD 549	GRD 585	GRD 581	GRD 558	GRD 494	GRD 208	GRD 883	GRD 158	GRD 207	GRD 557
■ COSTE DEL TOTAL DE EPISODIOS	68.182	61.632	292.63	61.935	14.734	245.70	138.93	149.59	64.230	102.22	95.979
■ COSTE MEDIO DEL GRD	68.182	20.544	19.509	20.645	14.734	3.510	2.481	3.252	2.141	3.786	7.383

Aunque siempre hablamos en términos de peso, hemos representado esta gráfica para ser más conscientes de la importancia de una codificación exhaustiva de todo el episodio, ya que ésta, determinará el GRD asignado para cada uno, y con ello, no sólo estaremos siendo exhaustivos para las distintas estadísticas del servicio y del hospital, sino que marcaremos el coste económico del mismo.

Comprobamos que aunque existen GRD con un peso elevado, no por ello marcan la complejidad del servicio, ya que al multiplicar el peso por el número de pacientes por GRD evidenciamos la importancia de la frecuencia de los mismos.

## TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS

EN EL AÑO 2011

SERVICIO	ALTAS	PESO	ESTANCIA EN DIAS	EM	Nº EXITUS	% EXITUS/PAC
<b>CIRUGIA</b>	677	1,64	4595	6,79	28	4,14%
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>	4270	1,49	25409	5,95	228	5,34%



<b>SAS GRUPO IV</b>		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
8	0,85	-597,36
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>		
6,62	0,90	-2293,21

<b>TODO EL SAS</b>		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
7,67	0,89	-818,97
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>		
6,49	0,92	-2864,13

Con estas tablas comprobamos que tanto los datos del servicio de cirugía así como los totales del hospital con respecto al resto de hospitales de su categoría y del resto del SAS son muy positivos, ya sea en cuanto al impacto de la estancia o a la estancia media esperada que se encuentra por debajo de ambos.

**TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS**

Servicio	Altas	Peso	Estancias en días	EM	SAS ALL			SAS Grupo IV			Nº Exitus	% Exitus/Pac
					EM Esperada	IUE	Impacto Estancia	Impacto Estancia	EM Esperada	IUE		
<b>70150 - Cirugía General y Digestiva</b>	677	1,64	4595	6,79	7,67	0,89	-818,97	-597,36	8	0,85	28	4,14%
<b>70270 - Medicina Interna</b>	1170	2,08	12098	10,34	9,23	1,12	<b>1518,72</b>	<b>1295,33</b>	9,04	1,14	158	13,50%
<b>70340 - Hematología</b>	14	2,30	92	6,57	9,97	0,66	<b>12,07</b>	-47,64	5,71	1,15	2	14,29%
<b>70390 - Medicina Intensiva - UCI</b>	92	4,35	398	4,33	10,87	0,40	-648,64	-601,63	11,38	0,38	25	27,17%
<b>70420 - Oftalmología</b>	6	1,04	22	3,67	4,3	0,85	-2,38	-3,83	4,06	0,90	0	0,00%
<b>70430 - O.R.L.</b>	52	1,24	200	3,85	6,88	0,56	-41,74	-157,71	4,39	0,88	3	5,77%
<b>70440 - Pediatría</b>	513	0,64	1394	2,72	4,11	0,66	-1005,1	-713,44	4,68	0,58	0	0,00%
<b>70530 - Traumatología</b>	440	2,26	2178	4,95	7,2	0,69	-361,31	-988,81	5,77	0,86	4	0,91%
<b>70540 - Urología</b>	278	1,02	1462	5,26	5,56	0,95	-397,56	-83,26	6,69	0,79	7	2,52%
<b>70551 - Ginecología</b>	141	1,03	582	4,13	4,61	0,90	-355,32	-67,41	6,65	0,62	1	0,71%
<b>70552 - Obstetricia</b>	887	0,65	2388	2,69	3,06	0,88	-763,9	-327,45	3,55	0,76	0	0,00%
<b>Total (Hospital)</b>	<b>4270</b>	<b>1,49</b>	<b>25409</b>	<b>5,95</b>	<b>6,49</b>	<b>0,92</b>	<b>-2864,13</b>	<b>-2293,21</b>	<b>6,62</b>	<b>0,90</b>	<b>228</b>	<b>5,34%</b>

# EPISODIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

## EPISODIO 1

F. Ingreso: 04/11/11

F. Alta: 08/11/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 85 años.

**Motivo de Ingreso:** Úlceras por decúbito

Antecedentes: Bebedora. No se conocen antecedentes.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de Urgencias por presentar evolución tórpida de úlceras por decúbito.

A la exploración física se aprecia úlceras en ambos trocánteres, sacro, zona lumbar y talones. Pie izquierdo con necrosis de 1º, 2º 3º dedos. Valorada en varias ocasiones por el cirujano de guardia, para intentar amputación de miembro inferior por úlcera necrótica con muy mala evolución. Se contacta con responsable de la Residencia que intenta contactar con familiar para firmar el consentimiento.

**Fecha Intervención:** 05/11/11

**Técnica quirúrgica:** Amputación supracondilea + escarectomía

**Resumen del ingreso:** Evolución postoperatoria satisfactoria, salvo por pequeño seroma en muñón de amputación actualmente en fase de solución. Escaras con esfacelos pero limpias y bastante planas. Alta por no precisar hospitalización.

**DIAGNÓSTICO:** **NECROSIS M.INF. IZDO.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 1</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
549	5	Q	Procedimientos cardiovasculares mayores con CC Mayor

## **EPISODIO 2**

F. Ingreso: 31/07 /11

F. Alta: 10/08/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 71 años.

**Motivo de Ingreso:** dolor abdominal

**Antecedentes:** EPOC. HBP. Enolismo crónico, exfumador, neuropatía alcohólica. Intervenido hace 15 días de gastro yeyunostomía y vagotomía troncular por estenosis duodenal

**Anamnesis e Hª Actual:** Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y fiebre de 39º. Analítica 13.000 leuco. TAC abdominal con colección de 17 mm entre cabeza pancreática y 2º porción duodenal.

**Resumen del Ingreso:** Se instaura tratamiento médico conservador, siendo favorable la evolución del paciente y encontrándose en la actualidad afebril, asintomático y tolerando dieta por lo que damos de alta hospitalaria con fecha de hoy. Pendiente de TAC de control el próximo día 17/08/11.

**DIAGNÓSTICO: COLECCIÓN INTRAABDOMINAL POSTQUIRÚRGICA.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Hipotiroidismo, hipercalcemia, neuropatía alcohólica.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 2</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V



GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
585	6	Q	Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, intest. delgado y grueso con CC Mayor

## **EPISODIO 3**

F. Ingreso: 15/08/11

F. Alta: 21/08/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 88 años.

**Motivo de Ingreso:** pie diabético derecho infectado + sepsis

**Antecedentes:** No alergias, HTA, DM.

**Anamnesis e Hª Actual:** Dolor y tumefacción del pie derecho asociado a fiebre de varios días de evolución, acompañándose de absceso plantar extenso, así como hipotensión y taquicardia.

**Fecha Intervención:** 15/08/12

**Técnica Quirúrgica:** Amputación Supracondilea de MID.


**Resumen del Ingreso:** Evolución favorable

**DIAGNÓSTICO:** **Pie diabético infectado (derecho). Sepsis grave.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Flebitis por vía.*

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 3</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
549	5	Q	Procedimientos cardiovasculares mayores con CC Mayor

## **EPISODIO 4**

F. Ingreso: 08/07/11

F. Alta: 29/07/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 85 años.

**Motivo de Ingreso:** infección crónica de herida quirúrgica.

**Antecedentes:** No alergias, HTA, IVC, en tratamiento con AAS, hernioplastia de hernia crural incarcerada en mayo de 2010. Infección de herida quirúrgica, con drenaje de la misma en Junio de 2010.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente mujer de 85 años que acude a urgencias por infección crónica de herida quirúrgica, con mala evolución y curas desde hace 12 meses. Se aprecia a la exploración salida de material protésico.

Fecha de Intervención: 29/0/2011.

**Técnica Quirúrgica:** Retirada de malla + desbridamiento de infección crónica de herida quirúrgica.

**Resumen del Ingreso:** Evolución favorable, se le han realizado varias curas con sistema VAC, favoreciendo la formación de un adecuado tejido de granulación sobre el que realizar curas.

**DIAGNÓSTICO:** **Infección crónica de herida quirúrgica. Intolerancia de malla.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 4</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
585	6	Q	Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, intest. delgado y grueso con CC Mayor

## **EPISODIO 5**

F. Ingreso: 04/02/11

F. Alta: 06/02/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 48

**Motivo de Ingreso:** Urgencia

**Antecedentes:** IQ Bypass gástrico, colecistectomía, ligadura de trompas, apendicectomía, HTA, no alergias conocidas.

**Anamnesis e Hª Actual:** Acude por proctalgia severa.

**Fecha Intervención:** 04/02/12


**Técnica Quirúrgica:** Incisión y drenaje de absceso perianal.

Resumen del Ingreso: Tras intervención quirúrgica, postoperatorio favorable, pudiendo ser alta hoy por mejoría clínica.

**DIAGNÓSTICO:**     **Absceso perianal**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 5		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
158	6	Q	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC

## EPISODIO 6

F. Ingreso: 22/05/11

F. Alta: 24/05/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 49

**Motivo de Ingreso:** Cirugía programada

**Antecedentes:** No refiere alergias. Síndrome depresivo.

Anamnesis e Hª Actual: Paciente que ingresa procedente de consultas externas, diagnosticada de Colelitiasis, para su intervención quirúrgica.

**Fecha Intervención:** 23/05/11


**Técnica Quirúrgica:** Colecistectomía laparoscópica (S.I.L.S.).

**Resumen del Ingreso:** Evolución postoperatoria satisfactoria, encontrándose actualmente asintomática y sin precisar tratamiento hospitalario.

DIAGNÓSTICO:     **COLELITIASIS.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 6</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	<b>7</b>		

EJERCICIO: compara el GRD de este episodio con la cirugía tradicional.

## **EPISODIO 7**

F. Ingreso: 24/04/11

F. Alta: 04/05/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 89      **Motivo de Ingreso:** Colangitis aguda de repetición.

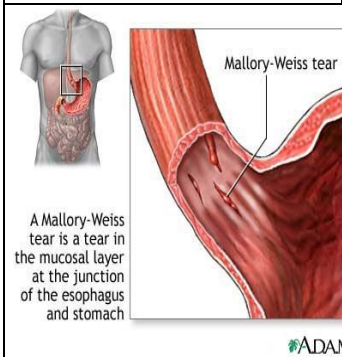
**Antecedentes:** **Colecistectomía.** Gastrectomía subtotal. Cardiopatía isquémica.

Resumen del ingreso: A lo largo del proceso el paciente presenta melenas, por lo que se practica endoscopia alta, con estenosis parcial en boca anastomótica y Mallory-Weiss en cardias, que se biopsia.

**DIAGNÓSTICO:**    **Colangitis de repetición. Mallory-Weiss y estenosis parcial de boca anastomótica.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 7</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
557	7	M	Trastornos hepatobiliares y del páncreas son CC Mayor

## **EPISODIO 8**

F. Ingreso: 18/06/11

F. Alta: 13/06/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 76

**Motivo de Ingreso:** Dolor abdominal

**Antecedentes:** HTA. No alergias.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de Urgencias por presentar dolor abdominal, localizado en epigastrio con irradiación a hipocondrio dcho. y espalda, con fiebre de 38º C., vómitos, estreñimiento pertinaz. Refiere haber disminuido el dolor a raíz de estar en Observación.

A la exploración física se aprecia abdomen blando, depresible, con defensa en hipocondrio dcho. y dolor a la palpación en punto cístico, irradiado a espalda.

Análítica: leucocitosis con desviación izda. Elevación de PCR.

Rx: Normal, salvo por marcada escoliosis.

Ecografía: Vesícula distendida, con paredes gruesas (doble pared), con barro y cálculos.

Informada la paciente y familiares, se decide su ingreso en Planta para control evolutivo.

Tras instauración de tratamiento médico, la evolución transcurre con tendencia a la hipotensión y sin mejoría clínica, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente diferida.

**Fecha Intervención:** 10/06/11

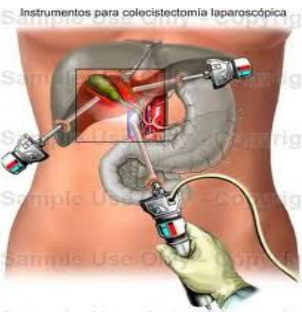
**Técnica Quirúrgica:** Colectomía laparoscópica por Colectitis aguda litiásica. Empiema Vesicular.

**Resumen del Ingreso:** Evolución postoperatoria satisfactoria, encontrándose actualmente asintomática y sin precisar tratamiento hospitalario.

**DIAGNÓSTICO: COLECISTITIS AGUDA LITIASICA. EMPIEMA VESICULAR.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 8</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		 <p style="font-size: small; text-align: center;">Instrumentos para colecistectomía laparoscópica</p>

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
494	7	Q	Colecistectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar sin CC

## EPISODIO 9

F. Ingreso: 05/09/11

F. Alta: 04/10/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 70

**Motivo de Ingreso:** Dolor abdominal

**Antecedentes:** Ca. de mama ductal infiltrante intervenido, en ttº con Tamoxifeno. Alergia a Nolotil.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de Urgencias por presentar dolor en hipocondrio dcho. y epigástrico, asociado a náuseas y coluria.

Analítica: BT: elevada a expensas de la Directa. Perfil hepático alterado.

Se decide su ingreso en Planta para control evolutivo.

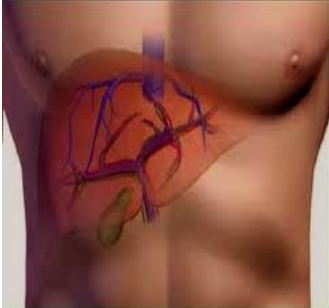
**Resumen del Ingreso:** TAC Abdominal: evidenciándose dilatación del colédoco, secundario a coledocolitiasis. La evolución no ha sido satisfactoria con alteración del patrón de colectasis y elevación de Bilirrubina hasta 27. Realizándose CRMN, que no diferencia entre coledocolitiasis o LOES hepáticas. Se solicita CPRE a hospital provincial, que se realiza el día 21/09/11, sin conseguir canalizar papila para limpieza de la vía biliar. El día 30/09/11 se deriva a otro hospital, para nueva realización de CPRE, logrando canalización y limpieza de coledocolitiasis y colangitis supurada. Tras esta prueba la paciente presenta evolución favorable, con descenso marcado de la Bilirrubina y disminución de la hipertransaminasemia. Alta hospitalaria por no precisar hospitalización.

**DIAGNÓSTICO:** Colangitis aguda supurada, secundaria a Coledocolitiasis.

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Flebitis por vía, anemia, mastectomizada, transfusión de sangre.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 9</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
207	7	M	Trastornos del tracto biliar con CC

## **EPISODIO 10**

F. Ingreso: 05/06/11

F. Alta: 05/09/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 50                      **Motivo de Ingreso:** Cuadro oclusión intestinal

**Antecedentes:** No alergias conocidas. Bronquitis crónica. Bocio multinodular eutiroideo. Quistes mamarios.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa por cuadro de oclusión intestinal a nivel ileocecal secundario a un bezoar. Además presentaba un bezoar en estómago. Se interviene el día 09/06/11 con extracción de los dos bezoar y sutura simple de estómago y ciego. En el 3º día de postoperatorio presenta fiebre y signos de sobreinfección de la herida quirúrgica, con empeoramiento progresivo del cuadro, por lo que se reinterviene el día 16/06/11 con el diagnóstico de peritonitis por dehiscencia de sutura, confirmándose el diagnóstico al detectar peritonitis fecaloidea por dehiscencia de la sutura de colostomía, realizándosele Hemicolecotomía derecha con anastomosis íleo-cólica y lavados de cavidad abdominal, debido al síndrome compartimental presente se realiza cierre provisional de la laparotomía con bolsa de Bogotá. El postoperatorio cursa en UCI (ver informe adjunto), precisando reintervención el día 21/06/11, por peritonitis biliar, realizándole ileostomía terminal y cierre de colon, previa resección del área anastomótica.

La laparosquisis se trata mediante sistema ABRA para la laparotomía media, y sistema VAC para la incisión transversa, evolucionando ambas satisfactoriamente.

El día 17/08/11 es alta de UCI, pasando a planta, con buena tolerancia a la ingesta, herida laparotómica vertical cerrada y herida transversa en tratamiento con VAC en vías de resolución, ileostomía funcionante. Marcha de alta por no precisar hospitalización.

**DIAGNOSTICO: OBSTRUCCION ILEAL POR BEZOAR. PERITONITIS POR DEHISCENCIA DE SUTURA. SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Shock séptico, sepsis severa, fracaso respiratorio, insuficiencia renal aguda, polineuropatía, micosis, bacilo de Friedlander, candidiasis, otros organismos Gram-negativos, infección por Proteus, úlcera, neumonía, desnutrición, traqueostomía, transfusión de suero, transfusión de hematíes, tac de abdomen, ventilación mecánica.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 10</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
877	0	Q	Oxigenación extracorpórea de membrana o traqueostomía con ventilación mecánica de + de 95 h. con proced. Q mayor o con traq. Con un diag. Motivo de ingreso que no es de boca...

# **EPISODIO 11**

F. Ingreso: 13/07/11

F. Alta: 13/07/11

## **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 78

**Motivo de Ingreso:** Cirugía programada

**Antecedentes:** Posible alergia a Penicilinas y derivados. HTA. DM tipo 2. EPOC. Exfumador. TBC pulmonar residual. Gonartrosis derecha: Artroplastia total en 2007. Cervicoartrosis. Hipoacusia bilateral secundaria a otitis serosa bilateral, precisó paracentesis en el año 1992. Pólipo angiestásico en tercio anterior de cuerda vocal derecha: extirpación mediante microcirugía endolaríngea en 2002.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de C. Ext., diagnosticado de Neoformación infiltrante en recto-sigma, para su intervención quirúrgica.


**Técnica Quirúrgica:** Cirugía laparoscópica: Resección anterior más apendicectomía. Anastomosis colorectal.

**Resumen del Ingreso:** Evolución postoperatoria satisfactoria, salvo por pequeña fístula colónica resuelta. Durante el ingreso sufre episodio de insuficiencia respiratoria aguda, que valorado por el Servicio de M. Interna, instaura tratamiento. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y tolerando dieta, por lo que es alta hospitalaria.

**DIAGNOSTICO:** CA. DE SIGMA

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 11</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	<b>6</b>		

## **EPISODIO 12**

F. Ingreso: 23/12/11

F. Alta: 24/12/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 84

**Motivo de Ingreso:** Dolor abdominal.

**Antecedentes:** Diabetes. HTA. HBP. Dislipemia. IAM 2008.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que acude a Urgencias por cuadro de dolor en hipocondrio dcho. y vómitos asociado a fiebre de 48 h. de evolución.

La analítica muestra leucocitosis, patrón de colestasis e hiperbilirrubinemia. Con el diagnóstico de colangitis aguda litiásica. Ecografía: Dilatación de la VBP intra-extrahepática de hasta 1,4 cm. de diámetro y colelitiasis múltiple.

Informado al paciente y familiares, se decide su ingreso en Planta para control evolutivo.

Realizada ERCP el día 12/01/11, con limpieza completa de VB con extracción de cálculo enclavado y esfinterotomía endoscópica.

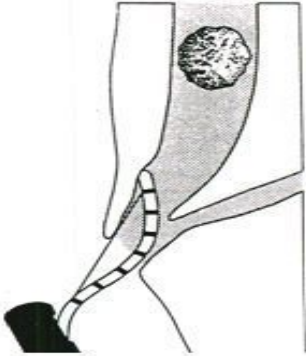
**Resumen del Ingreso:** Evolución favorable, encontrándose actualmente asintomático y sin precisar tratamiento hospitalario.

**DIAGNÓSTICO:**           **COLANGITIS AGUDA. COLELITIASIS.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Insuficiencia renal, pancreatitis.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 12</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
557	7	M	Trastornos hepatobiliares y del páncreas son CC Mayor

## **EPISODIO 13**

F. Ingreso: 04/04/11

F. Alta: 20/04/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 86

**Motivo de Ingreso:** Necrosis de muñón

**Antecedentes:** HTA. DM II. FA crónica. Dislipemia. Nefrectomía izq. IRC. AVC sin secuelas en 2002. Ingreso en 2003 por LAMG y catarata ojo izq.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que el pasado 08/01/11 sufrió amputación articulación de Chopart de pie izquierdo en otro hospital. Hoy acude por inflamación y necrosis de muñón de dicho pie. No fiebre termometrada.

**Resumen del ingreso:** causa éxitus por septicemia.

**DIAGNÓSTICO:**           **NECROSIS, CELULITIS PIE IZQUIERDO.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Fracaso respiratorio, pérdida de oído, utilización de anticoagulantes durante largo tiempo, anemia.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 13</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V



## **EPISODIO 14**

F. Ingreso: 13/09/11

F. Alta: 22/09/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 52

**Motivo de Ingreso:** Dolor abdominal

**Antecedentes:** Hernioplastia inguinal derecha. No RAM.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de urgencias, por presentar dolor abdominal sordo, de comienzo hace 5 días, no asociado a náuseas sin vómitos. Dos deposiciones diarreas previas. No otra sintomatología. Desde hace 48 h. se irradia a F.I derecha, quedándose fijo a esa localización. A la exploración física se aprecia importante dolor y defensa voluntaria en F.I derecha, con Murphy (+), Roussing (+) y Psoas (+).

Radiología: Imagen altamente sospechosa de apendiculito en F.I derecha

Análítica: 12.500 leucos. Resto normal.

Informado el paciente y familiares, se decide intervención quirúrgica.

**Fecha Intervención:** 13/09/11


**Técnica Quirúrgica:** Apendicectomía laparoscópica, por apendicitis aguda perforada + drenaje de absceso en Douglas.

**Resumen del Ingreso:** Evolución postoperatoria satisfactoria, salvo por íleo paralítico, actualmente en fase de resolución, con reanudación de tránsito intestinal. Alta hospitalaria por no precisar tratamiento hospitalario.

**DIAGNOSTICO:** **APENDICITIS AGUDA/PERITONITIS PURULENTA**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 14</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>CÓDIGOS E</b>
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>
		

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
883	6	Q	Apendicectomía laparoscópica

## **EPISODIO 15**

F. Ingreso: 09/10/11

F. Alta: 11/10/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 20

**Motivo de Ingreso:** Absceso perianal

**Antecedentes:** Alergia a Cefaclor.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de urgencias por presentar dolor anal de 5 días de evolución. A la exploración física se aprecia absceso en región interglútea (zona interna de glúteo derecho), que alcanza toda su extensión del margen interno.

Informada la paciente y familiares, se decide intervención quirúrgica urgente.

**Fecha Intervención:** 09/10/11

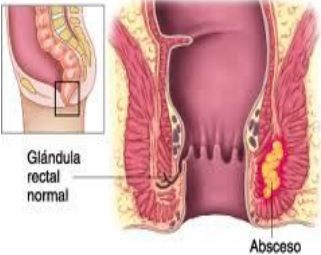
**Técnico Quirúrgica:** Incisión, drenaje y limpieza.

**Resumen del Ingreso:** Evolución postoperatoria satisfactoria, encontrándose actualmente asintomática y sin precisar tratamiento hospitalario.

**DIAGNÓSTICO:** **ABSCESO PERIANAL**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 15</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
158	6	Q	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC

## **EPISODIO 16**

F. Ingreso: 05/12/11

F. Alta: 10/12/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 15      **Motivo de Ingreso:** Ingreso programado para cirugía.

**Antecedentes:** Sin antecedentes.

**Anamnesis e Hª Actual:** Ingresa procedente de urgencias con dolor en FID asociado a vómitos.

**Fecha Intervención:** 06/12/11

**Técnico Quirúrgica:** Apendicectomía laparoscópica por simple incisión. La evolución postoperatoria es satisfactoria, recomendando el alta.

**Resumen del Ingreso:** Ingresa procedente de urgencias con dolor en FID asociado a vómitos.

Exploración: dolor en FID. Blumberg (+).

Ecografía: sugestivo de apendicitis aguda.

**DIAGNÓSTICO:**      **APENDICITIS AGUDA**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 16</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
883	6	Q	Apendicectomía laparoscópica

## **EPISODIO 17**

F. Ingreso: 08/08/11

F. Alta: 22/08/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 51      **Motivo de Ingreso:** urgencias por dolor abdominal.

**Antecedentes:** No alergias conocidas. Exfumador hace 9 años y ex bebedor hace 6/7. Dislipemia. Intervenido de apendicectomía.


**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que acude hace dos semanas al servicio de urgencia diagnosticándose de colelitiasis e infección urinaria. Actualmente acude nuevamente por dolor en región periumbilical, hipocondrio derecho.

**Resumen del Ingreso:** En ECO y TAC abdominal se comprueba coledocolitiasis y colelitiasis. Se plantea CPRE terapéutica. El paciente es dado de alta con buen estado general tolerando dieta a la espera de cita para la realización de CPRE.

**DIAGNOSTICO:                      ICTERICIA OBSTRUCTIVA**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 17</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
208	7	M	Trastorno del tracto biliar sin CC

## **EPISODIO 18**

F. Ingreso: 29/05/2011

F. Alta: 10/06/2011

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 73 **Motivo de Ingreso:** Sobreinfección de úlceras por decúbito. Sepsis urológico.

**Antecedentes:** HTA. Diabetes insulínica. Cardiopatía isquémica. Amputación de miembro inferior izquierdo.

**Anamnesis e Hª Actual:** Paciente que ingresa procedente de urgencias, por sobreinfección de úlceras en cadera y parte inferior de espalda por decúbito y sepsis urológica.

**Fecha Intervención:** 13/04/11

**Técnica quirúrgica:** Esfacelectomía y puesta a plano.

**Resumen del Ingreso:** En el último ingreso bastante mejoría destacando sólo que precisa tratamiento para colonización por S. Aureus.

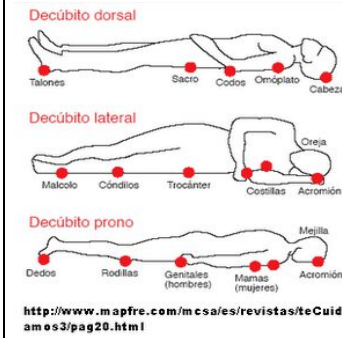
**DIAGNOSTICO:** **SOBREINFECCION ULCERAS POR DECUBITO**

Sepsis de origen urológico. Colonización por S. Aureus. Anemia crónica.

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:**

*Anemia, hiperlipidemia, encamado.*

## Codificación y asignación de GRD

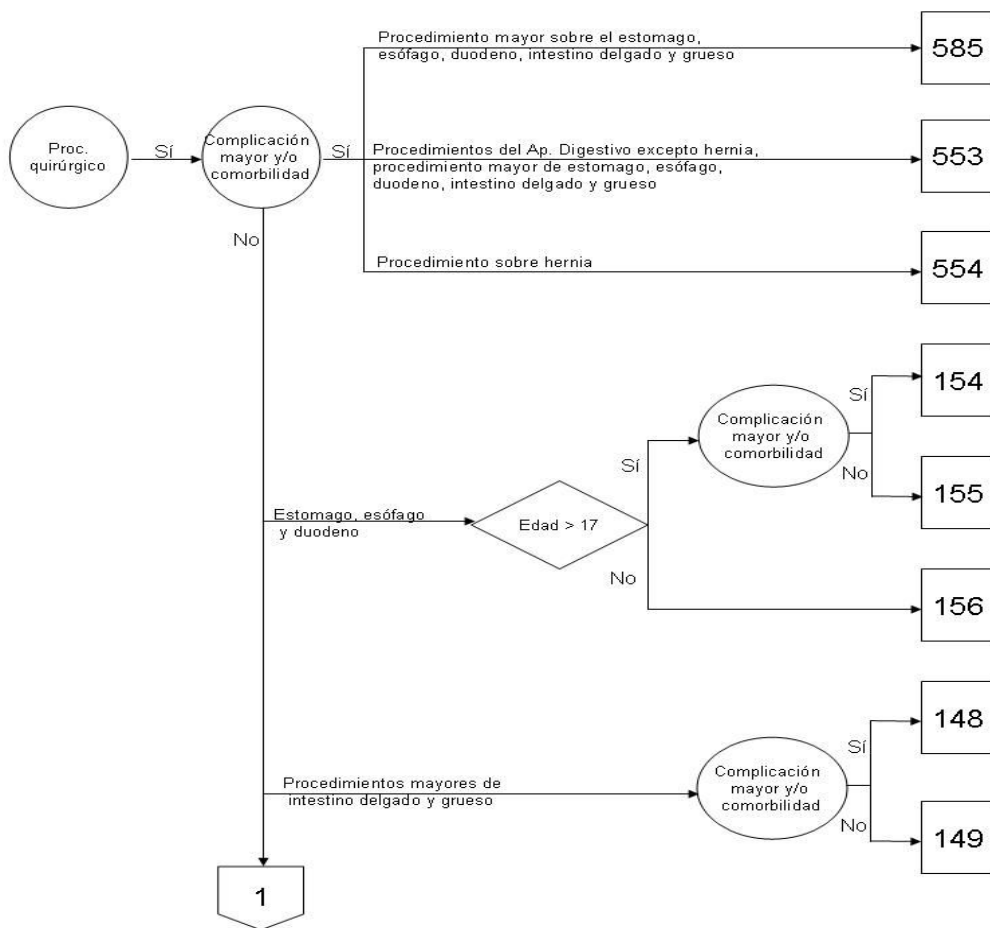
<b>EPISODIO 18</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>
		 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"> <a href="http://www.mapfre.com/mcsa/es/revistas/teCuidames3/pag20.htm">http://www.mapfre.com/mcsa/es/revistas/teCuidames3/pag20.htm</a> </p>

## DESARROLLO DE ALGORITMOS

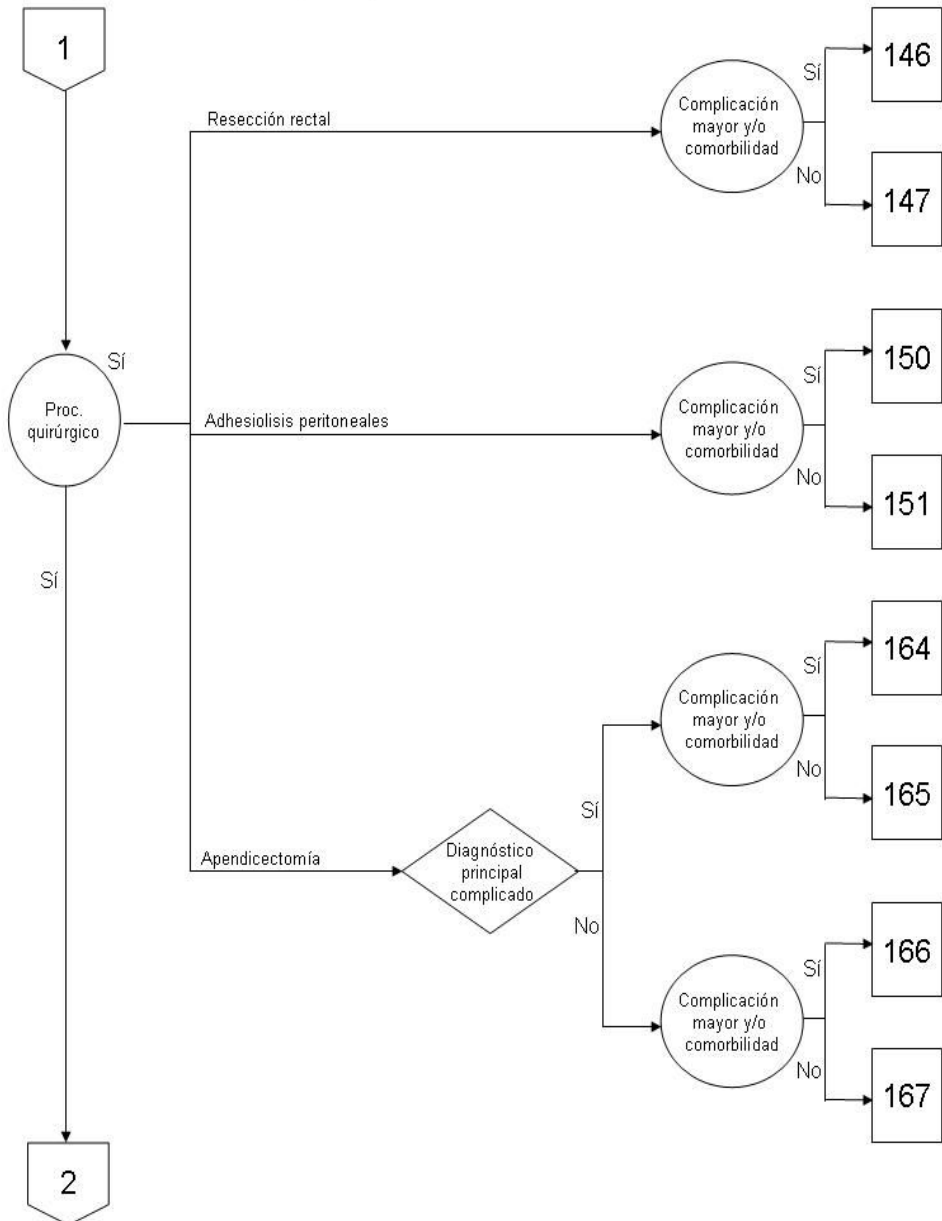
### ALGORITMO ESPECÍFICO DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR 6

Continuando con los algoritmos de la aplicación de los GRD, a continuación se expone el propio de la Categoría Diagnóstica Mayor 6 Enfermedades y trastornos del sistema digestivo. (Reproducido con el permiso de 3M España S.A.)

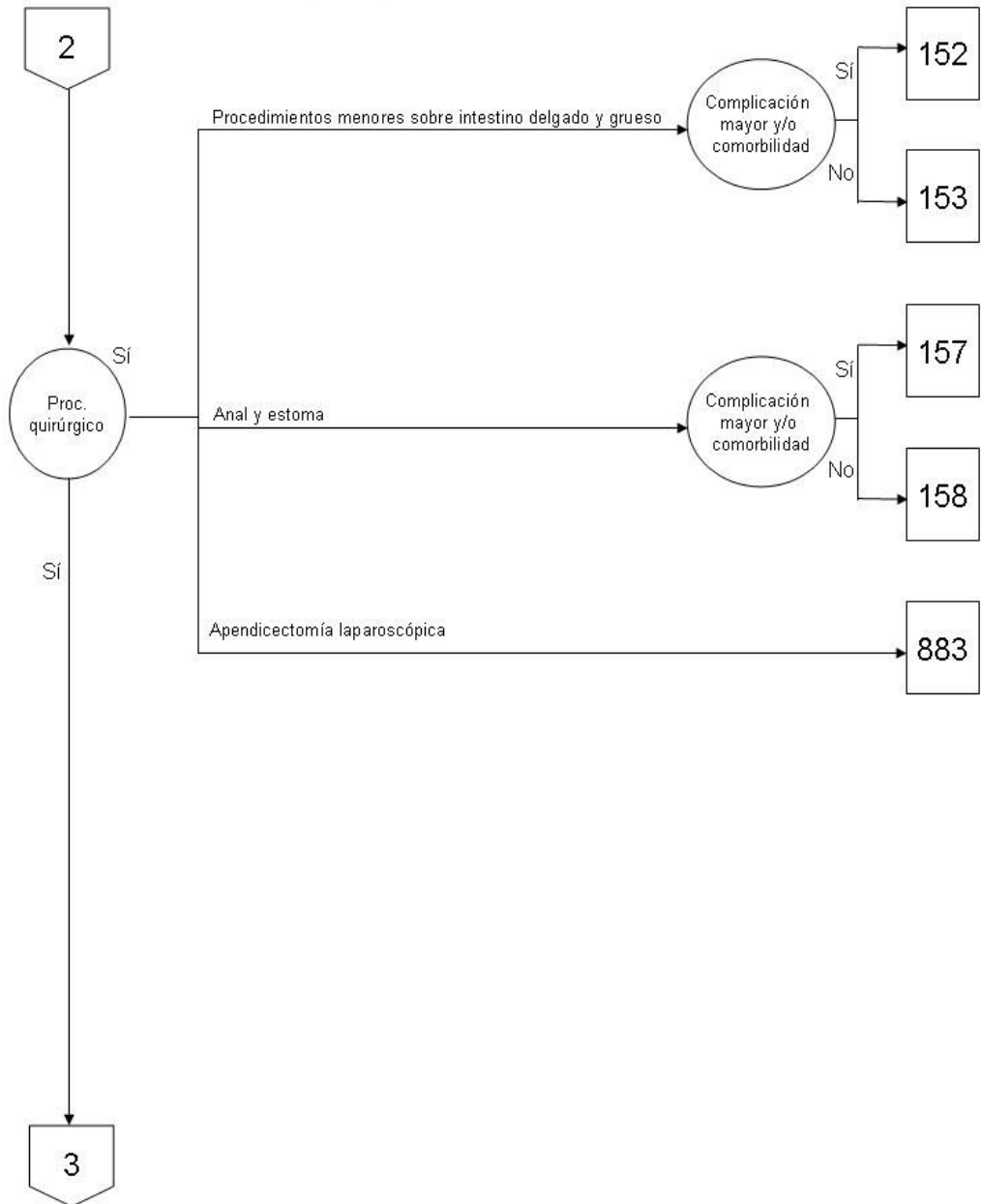
CDM 06, Enfermedades y trastornos del Sistema Digestivo  
compartimentación quirúrgica



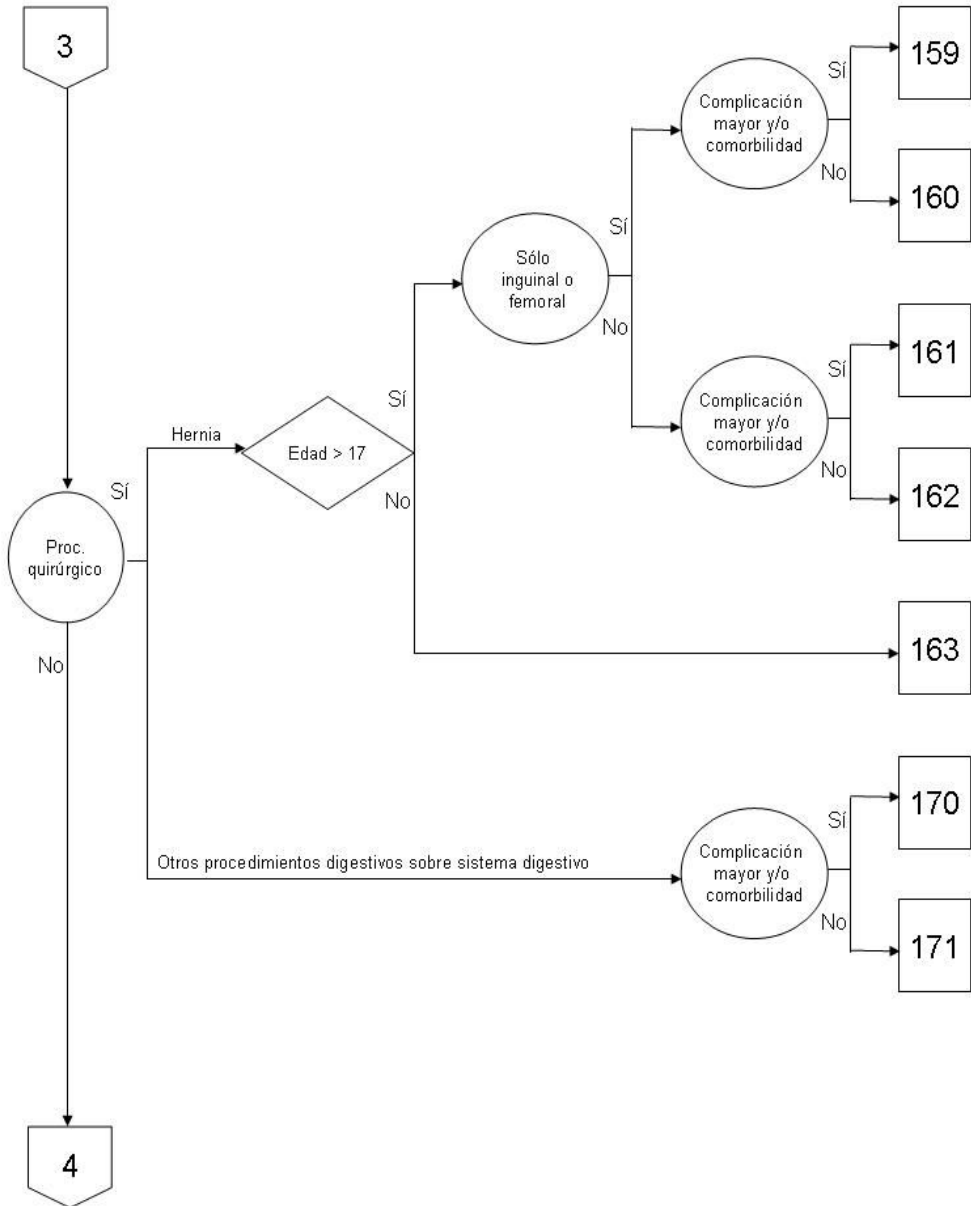
### compartimentación quirúrgica



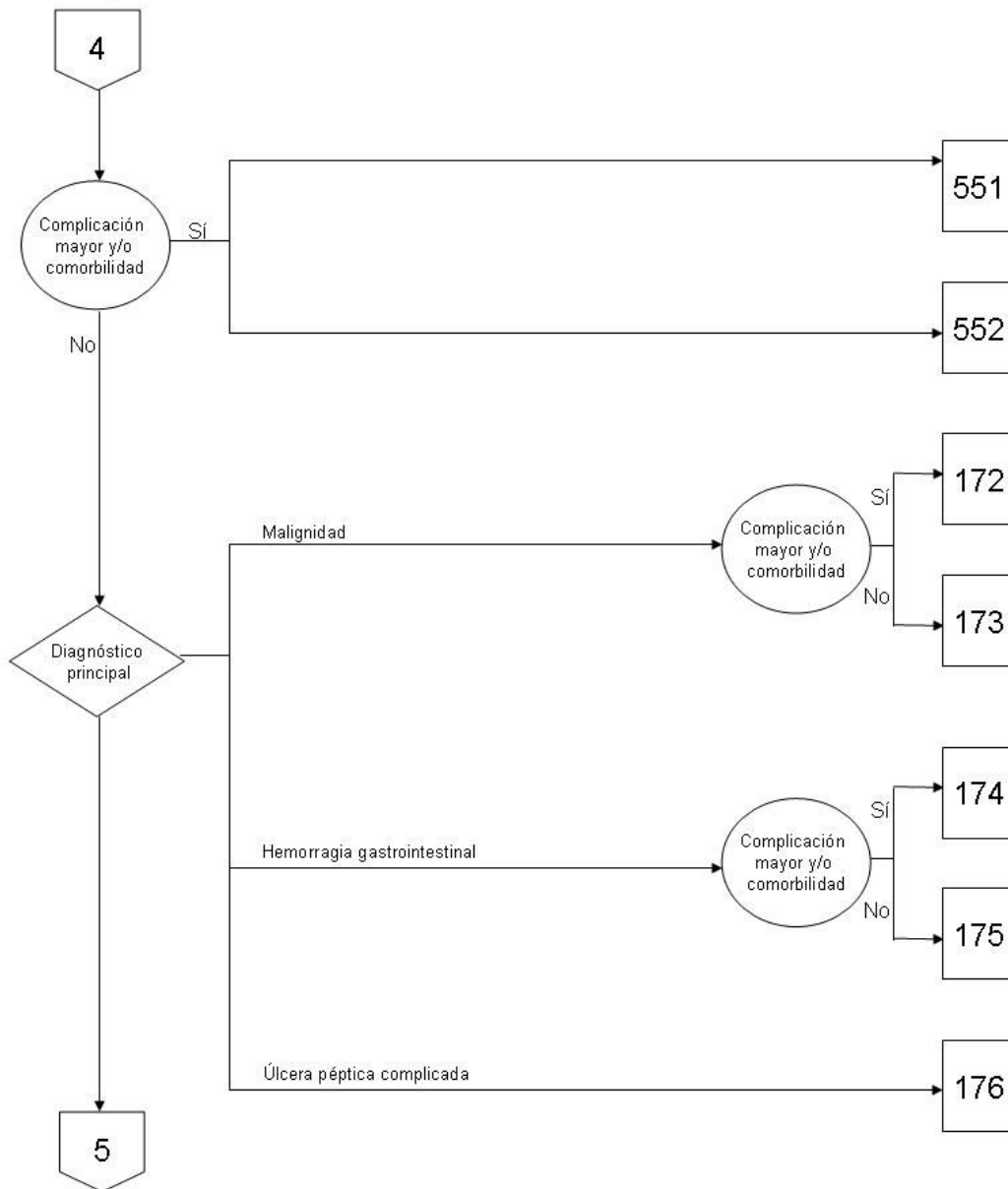
## compartimentación quirúrgica



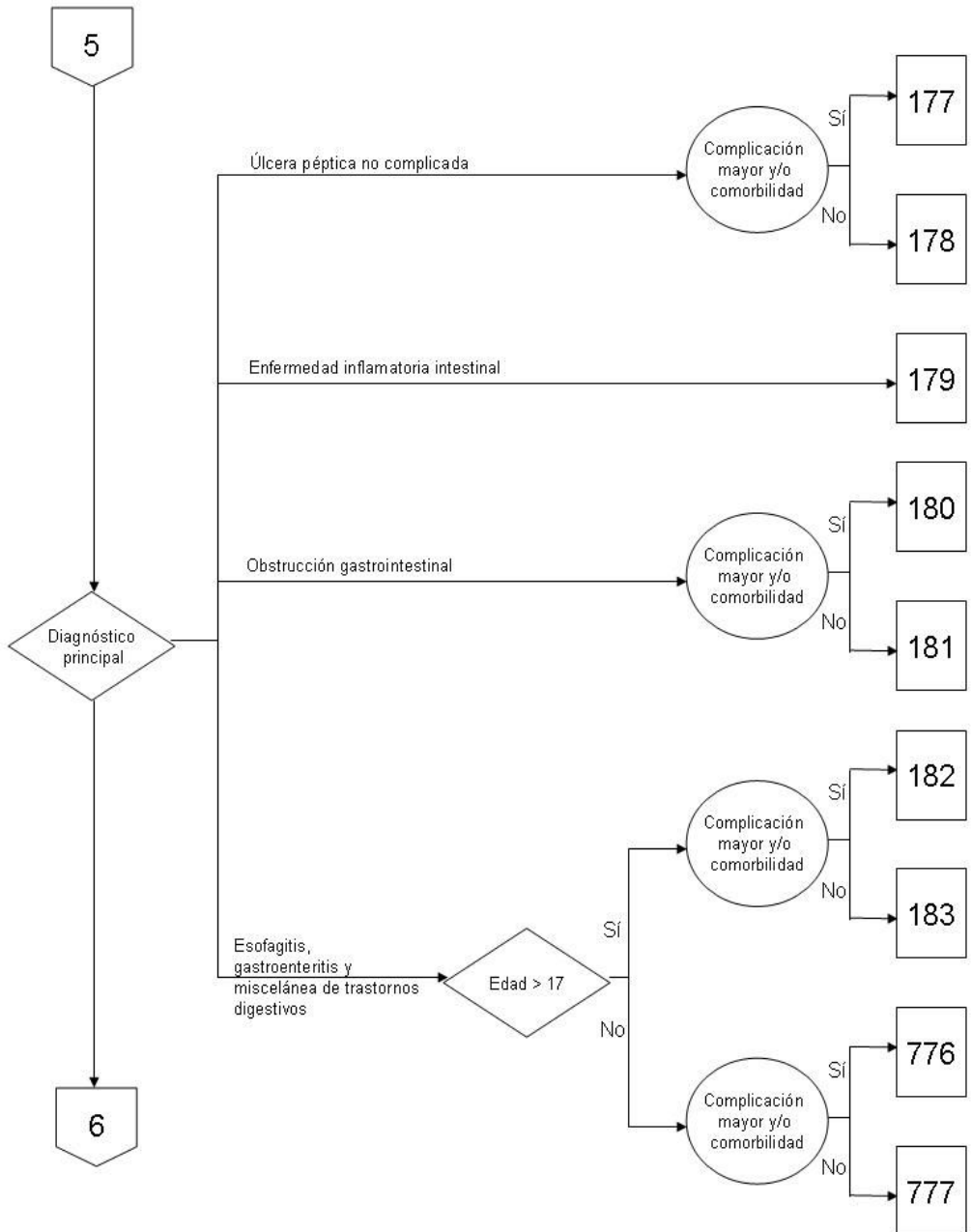
### compartimentación quirúrgica



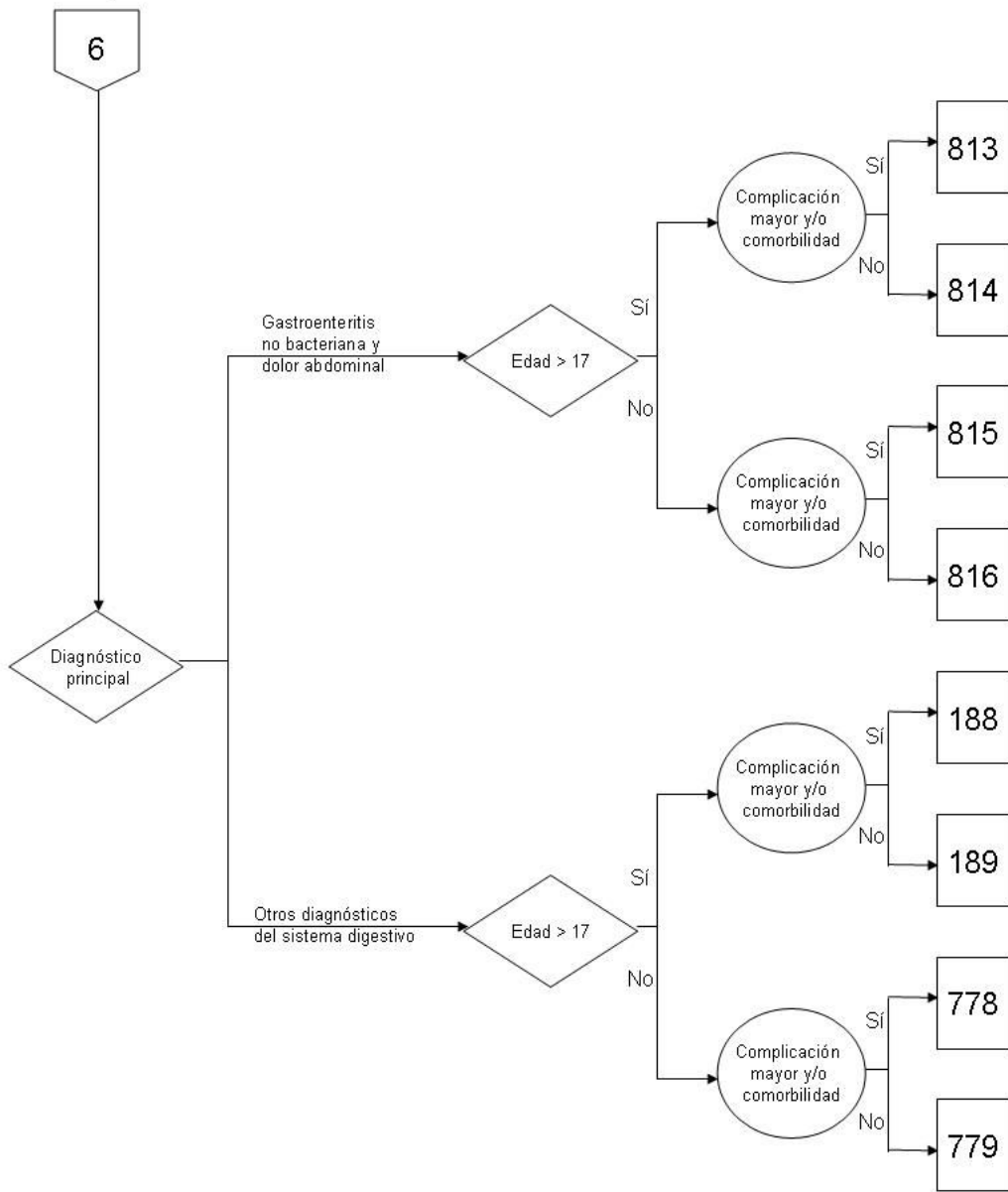
compartimiento médico



compartimiento médico



compartimiento médico



## CODIFICACIÓN CORRECTA

### EPISODIO 1

**DP- 785.4 Gangrena**

- 305.01 Abuso del alcohol
- 707.07 Úlcera talón
- 707.03 Úlcera parte inferior de la espalda
- 707.06 Úlcera tobillo
- V60.6 Persona que vive en residencia

**PP - 84.17 Amputación por encima de la rodilla**

- 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura

### EPISODIO 2

**DP - 998.59 Otras infecciones postoperatorias (colección=absceso)**

- E878.2 Inter.quirur. con anastomosis/injerto como implante
- 491.20 Epoc sin exacerbación
- 600.00 Hipertrofia benigna de próstata sin obstrucción urinaria
- 303.90 Dependencia alcohólica
- 357.5 *Neuropatía alcohólica*
- 244.9 *Hipotiroidismo*
- 275.42 *Hipercalcemia*
- V15.82 Historia personal de uso de tabaco

**PP – 88.01 TAC abdomen**

### EPISODIO 3

**DP – 250.70 Diabetes con manif. Circ. Perif. Tipo II o no Esp.**

785.4 Gangrena

038.9 Septicemia sin especificar

995.92 Sepsis severa

458.9 Hipotensión

785.0 Taquicardia

401.9 HTA

*999.2 Otras complicaciones vasculares*

*451.82 Flebitis, tromboflebitis de venas superficiales de M.S.*

*E879.8 Reacción anormal a procedimientos específicos*

**PP - 84.17 Amputación por encima de la rodilla**

### EPISODIO 4

**DP – 998.59 Otras infecciones postoperatorias**

999.69 Inf/infla por otros dispos. Implante e injerto protes.

E878.8 Otras Inter. Y técnicas quir. Específ

459.81 Insuficiencia venosa

401.9 HTA

V58.66 Uso prolongado de aspirina

**PP - 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección...**

86.05 Incisión con retirada de cuerpo extraño o dispositivo de Piel y tejido subcutáneo

**EPISODIO 5****DP – 566 Absceso de las regiones anal y rectal**

401.9 HTA

V45.79 Otras ausencias de órganos adquiridas

**PP - 49.01 Incisión de absceso perianal****EPISODIO 6****DP – 574.20 Cálculo vesícula biliar sin colecistitis sin obstrucción**

311 Trastorno depresivo

**PP - 51.23 Colectomía laparoscópica****EPISODIO 7****DP – 576.1 Colangitis**

530.7 Síndrome de laceración-hemorrágica gastroesofágica

578.1 Sangre en heces

414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especific.

997.4 Complicaciones quirúrgicas-tracto gastrointestinal

E878.2 Inter. Quirúr. Con anastomosis/injerto como implante

V45.79 Ausencia de adquiridas

V45.75 Estómago

**PP - 44.14 Biopsia cerrada de estómago (endoscópica)**

## EPISODIO 8

**DP – 574.30 Cálculo conducto biliar con colecistitis aguda sin obs.**

458.9 Hipotensión

401.9 HTA

**PP - 88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperito.**

## EPISODIO 9

**DP – 576.1 Colangitis**

574.50 Cálculo conducto biliar sin colecistitis sin obstrucción

285.9 Anemia

999.2 *Otras complicaciones vasculares*

451.82 *Flebitis, tromboflebitis de venas superficiales de M.S.*

E879.8 *Reacción anormal a procedimientos específicos*

V45.71 *Ausencia de mama adquirida*

V14.6 Historia personal de alergia a analgésicos

V10.3 Historia personal de neoplasia de mama

**PP - 51.10 Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica**

88.97 RMN

88.01 TAC de abdomen

99.04 *Transfusión de concentrado de hematíes*

**EPISODIO 10****DP – 938      Cuerpo extraño en aparato digestivo, sin especificar**

E915      Cuerpo extraño que penetra en otros orificios de forma accidental

560.89    Otras obstrucciones intestinales

998.59    Otras infecciones postoperatorias

569.69    Otras complicaciones de la colostomía y enterostomía

E878.2    Intervención quirúrgica con anastomosis/injerto empleados como implante

567.81    Coleperitonitis

729.73    Síndrome compartimental no traumático de abdomen

*038.9      Septicemia sin especificar*

*995.62    Sepsis Severa*

*785.52    Shock séptico*

*518.81    Fracaso respiratorio*

*584.9      Insuficiencia renal aguda neom*

*357.4      Polineuropatía en otras enfermedades clasif.*

*117.9      Otras micosis y micosis sin especificar*

*041.3      Bacilo de Friendlander*

*112.5      Candidiasis Diseminada*

*041.85 Otros organismos Gram-negativos*

*041.6 Infección por Proteus (mirabilis) (morganii)*

*707.09 Otro sitio (UPP)*

*486 Neumonía organismos sin especificar*

*263.9 Desnutrición Proteico-calórica sin especificar*

*491.9 Bronquitis crónica no especificada*

*305.1 Abuso de tabaco*

*241.1 Bocio multinodular no toxico*

**PP - 45.02 Otra incisión de intestino delgado**

*46.20 Ileostomía N.E.O.M*

*46.11 Colostomía temporal*

*45.73 Hemicolectomía derecha*

*45.93 Otra Anastomosis de intestino delgado a intestino grueso*

*31.1 Traqueostomía temporal*

*99.07 Transfusión de otro suero*

*99.04 Transfusión de concentrado de hematíes*

*88.01 Tomografía Axial Computerizada de abdomen*

*96.72 Ventilación mecánica continua durante 96 horas consecutivas o no.*

**EPISODIO 11****DP – 153.3 N. Maligna Colon Sigmoidal**

- 518.5 Insuficiencia Pulmonar tras trauma e interv. Quirúrgica
- 997.4 Complicaciones quirúrgicas-tracto gastrointestinal
- E878.2 Inter. Quir. con Anastomosis /injerto empleados como implante
- 137.0 Efecto tardío de Tbc respiratoria o sin especificar
- 401.9 HTA
- 250.00 Diabetes M. sin mención complicación. Tipo II o no esp. No descomp.
- 496 Otras obstrucciones crónicas vías respiratorias Ncoc
- V15.82 Historia personal de uso de tabaco

**PP - 17.36 Sigmoidectomía laparoscópica**

- 47.11 Apendicectomía incidental laparoscópica

## EPISODIO 12

**DP – 574.21 Cálculo vesícula biliar sin colecistitis con obstrucción**

576.1 Colangitis

*584.9 Insuficiencia renal aguda*

*577.0 Pancreatitis aguda*

414.8 Otras formas especificadas enf. Cardiaca isquémica  
Crónica

401.9 HTA

600.0 HBP

272.4 Hiperlipidemia y lipidemia

250.0 DM II

**PP - 51.85 ERCP Esfinterectomía y papilotomía endoscópica**

51.88 ERCP Extracción endoscópica de cálculos del tracto  
biliar

88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperi.

*88.01 TAC de abdomen*

**EPISODIO 13****DP – 997.62 Complicación tardía de infección de muñón**

- E878.5 Amputación de miembros
- 038.9 Septicemia
- 995.91 Sepsis
- 682.6 Celulitis/absceso de la pierna, salvo piel
- 709.8 Otras enfermedades específicas de la piel
- 404.90 E.c. y renal hip. No espec. Sin menc. Insuf. Card.  
o renal congestiva
- 518.81 Fracaso respiratorio*
- 250.00 DM II
- 427.31 Fibrilación auricular
- 272.4 Hiperlipidemia y lidipemia
- 389.9 Pérdida de oído*
- 285.9 Anemia*
- V49.73 Estado de amputación de pie
- V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo*
- V45.73 Ausencia de riñón adquirida
- V12.54 H. personal ataque isquémico transitorio cerebro  
sin déficit
- V43.65 Sustitución de articulación de rodilla

**PP - 84.17 Amputación por encima de la rodilla**

- 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección...

### **EPISODIO 14**

**DP – 540.1 Apendicitis aguda con absceso peritoneal**

997.4 Complicaciones quirúrgicas-tracto gastrointestinal

E878.8 Otras Inter. Y técnicas quir. Especif

**PP - 47.01 Apendicectomía laparoscópica**

### **EPISODIO 15**

**DP – 566 Absceso de las regiones anal y rectal**

V14.1 Hist. Personal de alergia a otro agente antibiótico

**PP - 49.01 Incisión de absceso perianal**

### **EPISODIO 16**

**DP – 540.9 Apendicitis aguda sin mención de peritonitis**

**PP - 47.01 Apendicectomía laparoscópica**

88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperitoneo

**EPISODIO 17**

**DP – 574.90 Cálculos vesícula y cond. Biliar sin colecistitis, sin mención de obstr.**

576.8 Otros trastornos especificados del tracto biliar

272.4 Otra hiperlipidemias y lipidemia no especificada

305.03 Abuso de alcohol – en vías de remisión.

V15.82 Historia de personal de uso de tabaco

**PP - 88.01 Tomografía axial computerizada de abdomen**

88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperito.

**EPISODIO 18**

**DP - 599.0 Infección de vías urinarias sitio neom**

041.12 Infección por Estafilococo aureus meticilina resistente

707.03 Parte inferior de la espalda

707.04 Cadera

250.80 Diabetes con otras manif. Tipo II o no esp. No descompensada

401.9 No especificada

414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar

281.9 *Anemia por carencia no especificada*

272.4 *Otros hiperlipidemias y lipidemia no especificadas*

V49.76 Estado de amputación por encima de la rodilla

V49.84 *Situación de encamado*

**PP - 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura**

<b>GRD`s CORRECTOS</b>
------------------------

**SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 6**

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
494	7	Q	Colecistectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar sin CC

**GRD 494. Colecistectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar sin CC.**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad hepatobiliar a los que se les ha practicado una colecistectomía por vía laparoscópica sin exploración del conducto biliar.

**EJERCICIO: compara el GRD de este episodio con la cirugía tradicional.**

*El GRD que le correspondería a un paciente al que se le ha realizado una colecistectomía laparoscópica sin CC y sin exploración del ductos sería el GRD 494; mientras que para un paciente al que se le ha realizado cirugía tradicional le correspondería el GRD 198 (GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas, a los cuales se le ha practicado una colecistectomía total no laparoscópica sin exploración del ductus biliar y sin CC). Se puede comprobar que el GRD 494 tiene un peso de 0,9615 y el GRD 198 de 1,4055.*

*El GRD 198 es 1,4617 veces mayor que el GRD 494 (1,4055/0,9615).*

## **SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 11**

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
<b>585</b>	<b>6</b>	<b>M</b>	Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con CC Mayor

### **GRD 585. Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con CC Mayor.**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad digestiva a los que se les ha practicado una intervención digestiva mayor y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: dehiscencia de herida operatoria, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria, septicemia, shock o neumonía. Las intervenciones más frecuentemente practicadas a estos pacientes son: resección de intestino delgado o grueso, sigmoidectomía, colostomía, hemicolectomía, vagotomía, esofagectomía, gastrectomía o colecistectomía.

## CONCLUSIONES

El concepto de producto hospitalario va ligado de manera directa a los servicios que proporciona el hospital y por tanto se refiere a tipología de los casos que se atienden, así como a la gama de cuidados que se presta al paciente hasta su alta.

Su importancia radica en que a través de los GRD, el área médica y el área financiera, se coordinan estrechamente para dar respuesta eficiente a la demanda hospitalaria. Por un lado, el área médica debe conocer las consecuencias financieras de sus decisiones técnicas y por el otro el área financiera debe comprender que las decisiones presupuestales afectan las coberturas y la calidad de los servicios.

La finalidad de los GRD es relacionar la casuística del hospital con la demanda de recursos y costes asociados incurridos por el hospital es decir, vincular los aspectos médicos con el económico financieros de la gestión médica hospitalaria. Por lo tanto, un hospital que tenga una casuística más compleja, desde el punto de vista de los GRD, significa que el hospital trata a pacientes que precisan de más recursos hospitalarios, pero no necesariamente que el hospital trate pacientes con enfermedades más graves, con mayor dificultad de tratamiento, de peor pronóstico o con una mayor necesidad de actuación médica.

La evaluación de una actividad no puede realizarse si no conocemos su producto final. Medir el producto final de los servicios sanitarios, su producción, es una tarea difícil. Sin embargo, conociendo nuestros GRD's podemos compararnos con otros servicios similares y detectar nuestros puntos fuertes y débiles. El tratamiento de la información nos permite ver el comportamiento de nuestras estancias, cuál es el GRD que recoge el mayor numero de nuestros pacientes y cuál es su peso. El índice de complejidad nos

compara, a igualdad de funcionamiento, la casuística del hospital con la casuística del estándar (IC).

Los datos permiten ver nuestra evolución a lo largo del tiempo, nos proporcionan información que nos pueden ser útil a la hora de orientar nuestra cartera de servicios y desarrollar vías clínicas. En definitiva, los GRD`s son instrumentos que pueden facilitarnos la toma de decisiones.

## REFERENCIAS

- Ministerio de Sanidad y Consumo  
[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2010/NORMA\\_2010\\_AP\\_GRD\\_V25\\_TOTAL\\_SNS.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2010/NORMA_2010_AP_GRD_V25_TOTAL_SNS.pdf)
- AP-DRGs All Patient Diagnosis Related Groups Definitions Manual Version 23.0
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº274 pág: 40.126
- Manual de descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico. (AP-GRD v.25.0) Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza. Servicio vasco de salud. Septiembre 2010.
- González-Outon, J. Romero, AF; Mejías IM, et al. Boletín de Codificación (CIE9-MC 7ª Edición) Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Año 2010. Puerto Real: Hospital Universitario Puerto Real; 2011. Disponible en:  
<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>  
Reproducido con el permiso de 3M España, S.A.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 9 revisión Modificación Clínica, 7ª Edición; Ministerio de Sanidad y Política Social.
- CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2010. NORMAS GENERALES. Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2010

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/352/pdf/NormasGenerales.pdf>

- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Aparato Digestivo; Cavidad oral, esófago y estómago - Boletín 3. Año 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n13\\_99.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n13_99.pdf)
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Aparato Digestivo; intestino, recto y ano, apéndice, peritoneo, pared abdominal - Boletín 7, Año 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n07\\_97.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n07_97.pdf)
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Aparato Digestivo; páncreas, hígado y tracto biliar. Boletín número 8 Año 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n08\\_97.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n08_97.pdf)
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Radiología vascular e intervencionista. Boletín número 31 Año 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n31\\_09.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n31_09.pdf)
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema Nacional de Salud.

- Javier Cabo Salvador. Director del Departamento de Gestión Sanitaria del CEF.  
<http://www.gestion-sanitaria.com/>
- EL ABC DE LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICOS.  
Dr. Héctor Mimenza Ponce. Médico oncólogo, especializado en planeación de sistemas de salud.
- LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRDs), UN SISTEMA DE GESTIÓN CLÍNICA.  
<http://ortopedia.rediris.es/tribuna/Art37.html>

# GRD`S COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES ENTRE LAS ÁREAS MÉDICA Y FINANCIERA.

SERVICIO DE *CIRUGÍA*

## INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.

“GRD`S COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES ENTRE LAS ÁREAS MÉDICA Y FINANCIERA. SERVICIO DE CIRUGÍA. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS” analiza de manera sencilla el concepto GRD y sus características generales, ventajas e inconvenientes y el proceso global para su asignación.

Refleja la importancia de una codificación exhaustiva, cuyo principal objetivo es encaminar los episodios de cirugía hacia un GRD lo más exacto posible.

Este libro técnico analiza porqué estos casos clínicos van a parar a unos GRD`s determinados, siendo de gran importancia una correcta indización para su posterior codificación.

Los datos explotados son una muestra real representativa del servicio de cirugía del hospital de Riotinto durante el año 2011.

H  
O  
S  
P  
I  
T  
A  
L  
D  
E  
  
R  
I  
O  
T  
I  
N  
T  
O