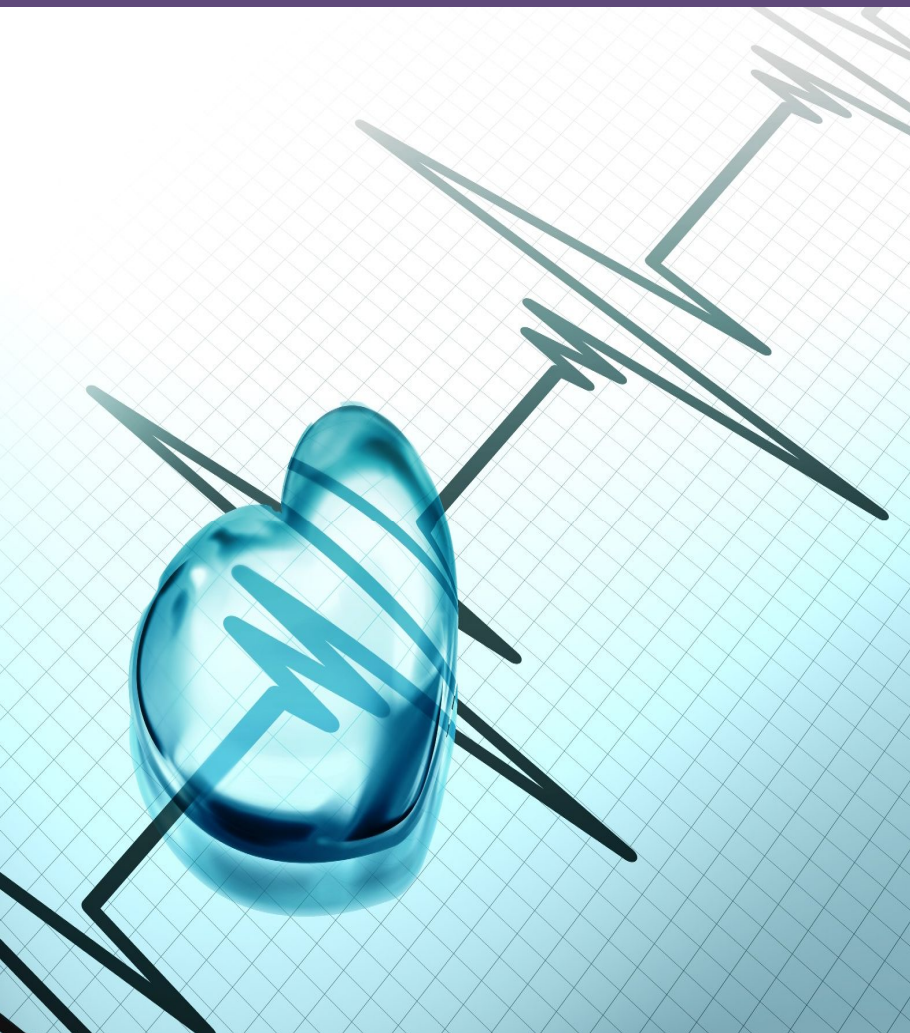


**GRD`S** COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE  
DECISIONES ENTRE LAS **ÁREAS MÉDICA Y FINANCIERA.**  
SERVICIO DE **MEDICINA INTERNA**

**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

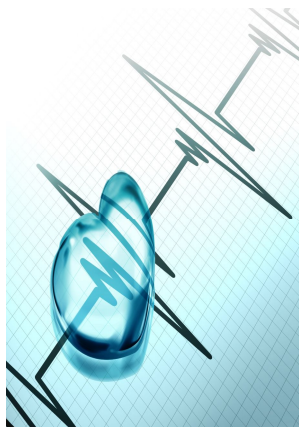
**ISBN: 978-84-608-9663-0**

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**

***MEDICINA INTERNA***

**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 MEDICINA INTERNA Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS</b> .....	<b>20</b>
TABLA 1:LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....	20
TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....	20
TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA .....	21
ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD .....	23

TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL AÑO 2011 .....	25
TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS EN EL AÑO 2011.....	27
<b>EPISODIOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, EJERCICIOS Y GRD`s ASIGNADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>Episodio 1 – GRD 878. SINDROME OBESIDA HIPOVENTILACIÓN CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.....</b>	<b>29</b>
<b>Episodio 2 – GRD 808. SCASET: IAM anterolateral-KILLIP I .....</b>	<b>32</b>
<b>Episodio 3 – GRD 544. FLUTTER AURICULAR .....</b>	<b>34</b>
<b>Episodio 4 – GRD 878. EPILEPSIA CONVULSIVA .....</b>	<b>37</b>
<b>Episodio 5 – GRD 127. ENFERMEDAD CARDÍACA HIPERTENSIVA ....</b>	<b>39</b>
<b>Episodio 6 – GRD 533. ICTUS ISQUÉMICO .....</b>	<b>42</b>
<b>Episodio 7 – GRD 881 FRACASO RESPIRATORIO .....</b>	<b>45</b>
<b>Episodio 8 – GRD 127 INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.....</b>	<b>47</b>
<b>Episodio 9 – GRD 014. AVC .....</b>	<b>50</b>
<b>Episodio 10 – GRD 539. ADENOCARCINOMA DE PULMÓN .....</b>	<b>53</b>
<b>Episodio 11 – GRD 877. IAM .....</b>	<b>57</b>
<b>Episodio 12 – GRD 541. BRONQUIECTASIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>Episodio 13 – GRD 808. IAM .....</b>	<b>64</b>
<b>Episodio 14 - GRD 548. DISRITMIAS CARDÍACAS .....</b>	<b>67</b>
<b>Episodio 15 – GRD 541. EPOC .....</b>	<b>69</b>
<b>Episodio 16 – GRD 533. AVC .....</b>	<b>72</b>

<b>Episodio 17 – GRD 881. NEUMONÍA.....</b>	<b>75</b>
<b>Episodio 18 – GRD 014. TROMBOSIS CEREBRAL CON INFARTO CEREBRAL .....</b>	<b>78</b>
<b>DESARROLLO DE ALGORITMOS .....</b>	<b>81</b>
DESARROLLO DE LA CDM 5. ....	81
<b>CODIFICACIÓN CORRECTA .....</b>	<b>87</b>
<b>GRD`s CORRECTOS .....</b>	<b>101</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>109</b>

## 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, entendiendo 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 el 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 1170 altas en el servicio de Medicina Interna 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 13 altas, los 5 GRD's más frecuentes que engloban un mayor número de episodios con un total de 278 altas y los 5 GRD's de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 226 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 18 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Medicina Interna 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 Medicina Interna 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 resp. Ingreso
15. Identif. Servicio resp. 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.

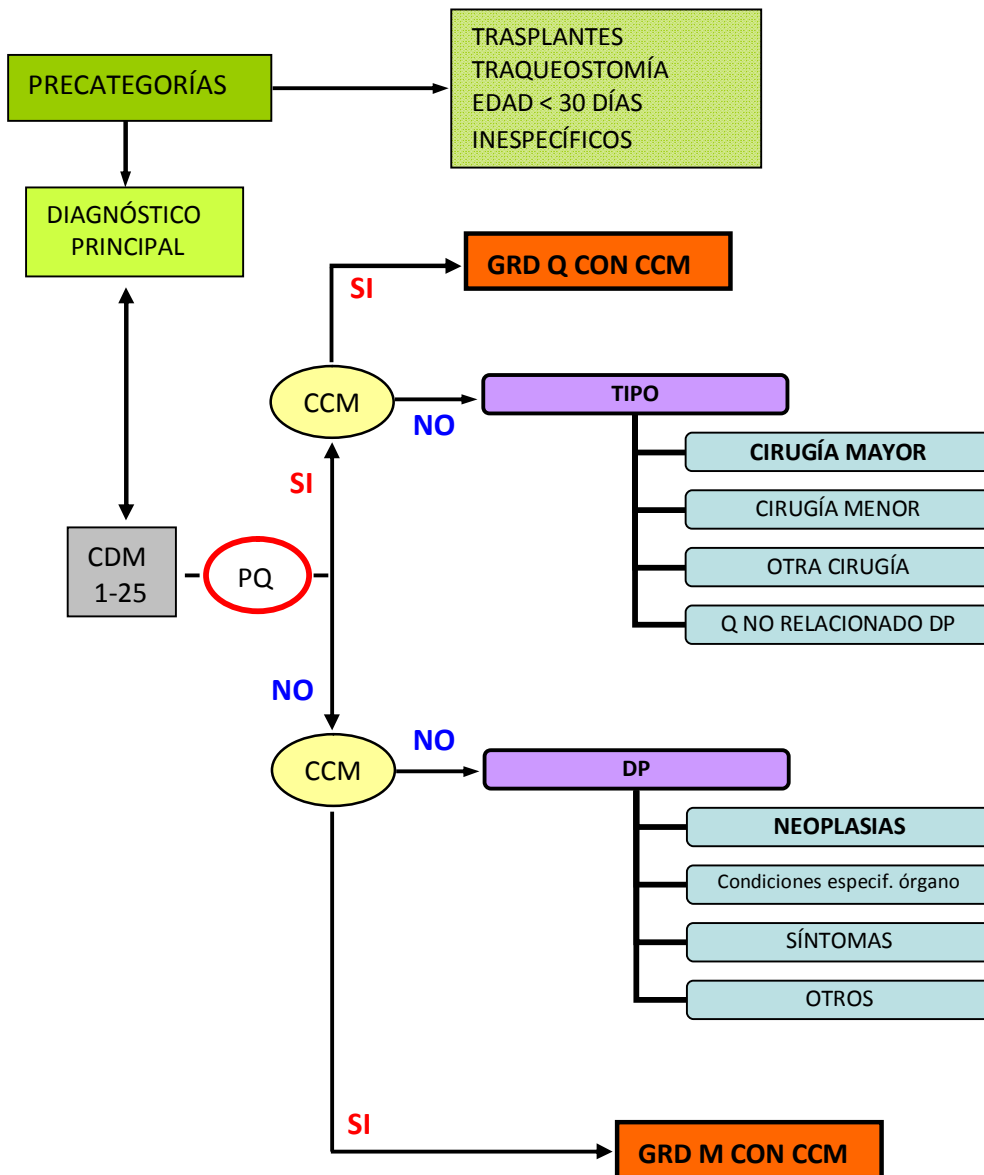
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón,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

**PRI** = 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

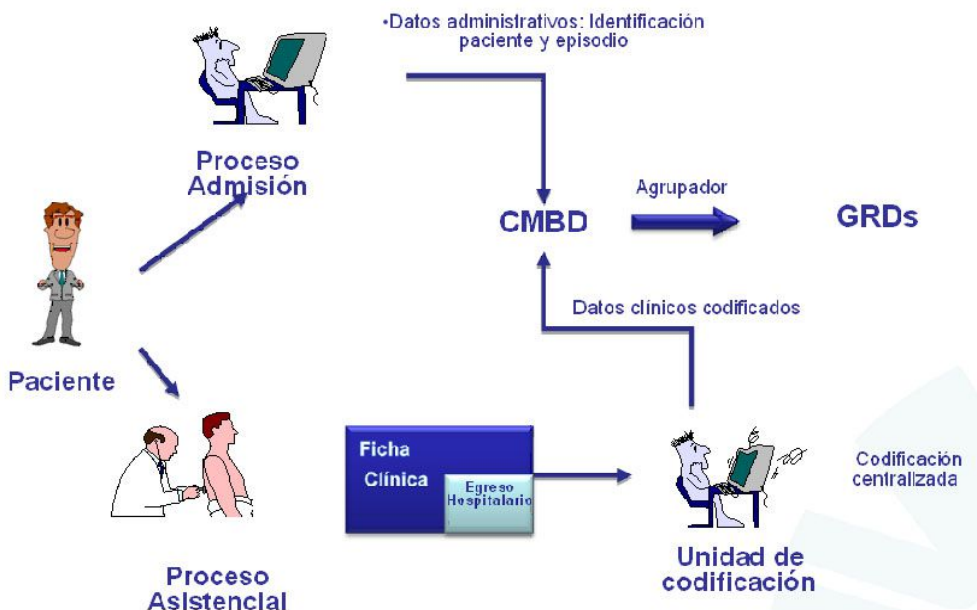
### VENTAJAS

- 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.

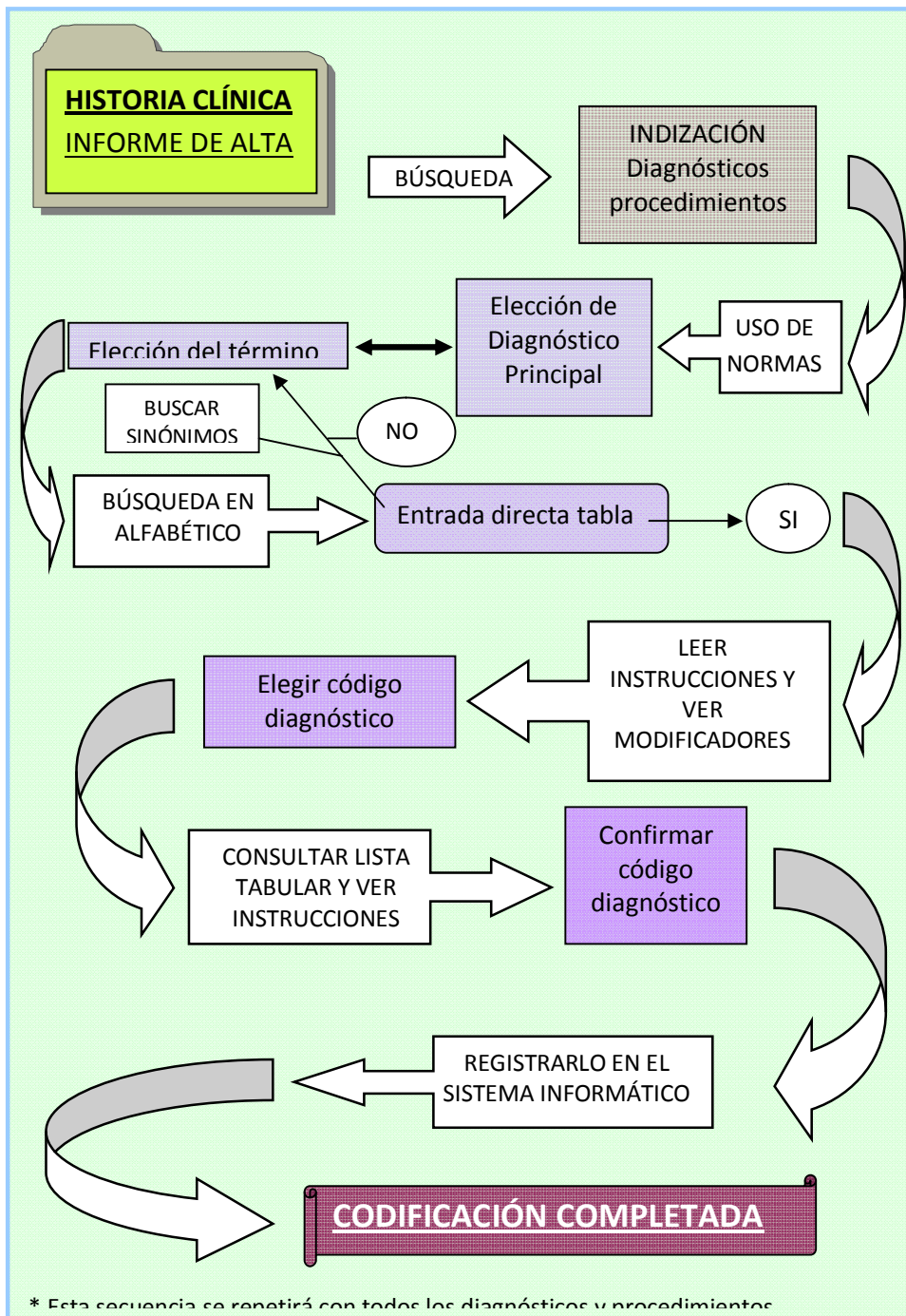
## PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD



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 los pesos 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 Medicina Interna durante el año 2011 se han generado un total de 1170 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 MEDICINA INTERNA**

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*877</b>	0	<b>Q</b>	<b>48,41</b>	2	<b>24,5</b>
<b>878</b>	0	<b>Q</b>	<b>29,81</b>	3	<b>61</b>
<b>881</b>	4	<b>M</b>	<b>10,74</b>	2	<b>18</b>
<b>548</b>	5	<b>Q</b>	<b>6,64</b>	5	<b>11</b>
<b>539</b>	4	<b>Q</b>	<b>6,61</b>	1	<b>21</b>

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

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*014</b>	1	<b>M</b>	1,87	<b>81</b>	9,23
<b>*541</b>	4	<b>M</b>	2,34	<b>67</b>	10,48
<b>127</b>	5	<b>M</b>	1,42	<b>52</b>	8,1
<b>*544</b>	5	<b>M</b>	3,41	<b>48</b>	12,35
<b>808</b>	5	<b>Q</b>	2,70	<b>30</b>	8,2

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

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*544</b>	5	<b>M</b>	<b>3,41</b>	48	12,35
<b>*541</b>	4	<b>M</b>	<b>2,34</b>	67	10,48
<b>*014</b>	1	<b>M</b>	<b>1,87</b>	81	9,23
<b>533</b>	1	<b>M</b>	<b>4,43</b>	28	13,32
<b>*877</b>	0	<b>Q</b>	<b>48,41</b>	2	24,5

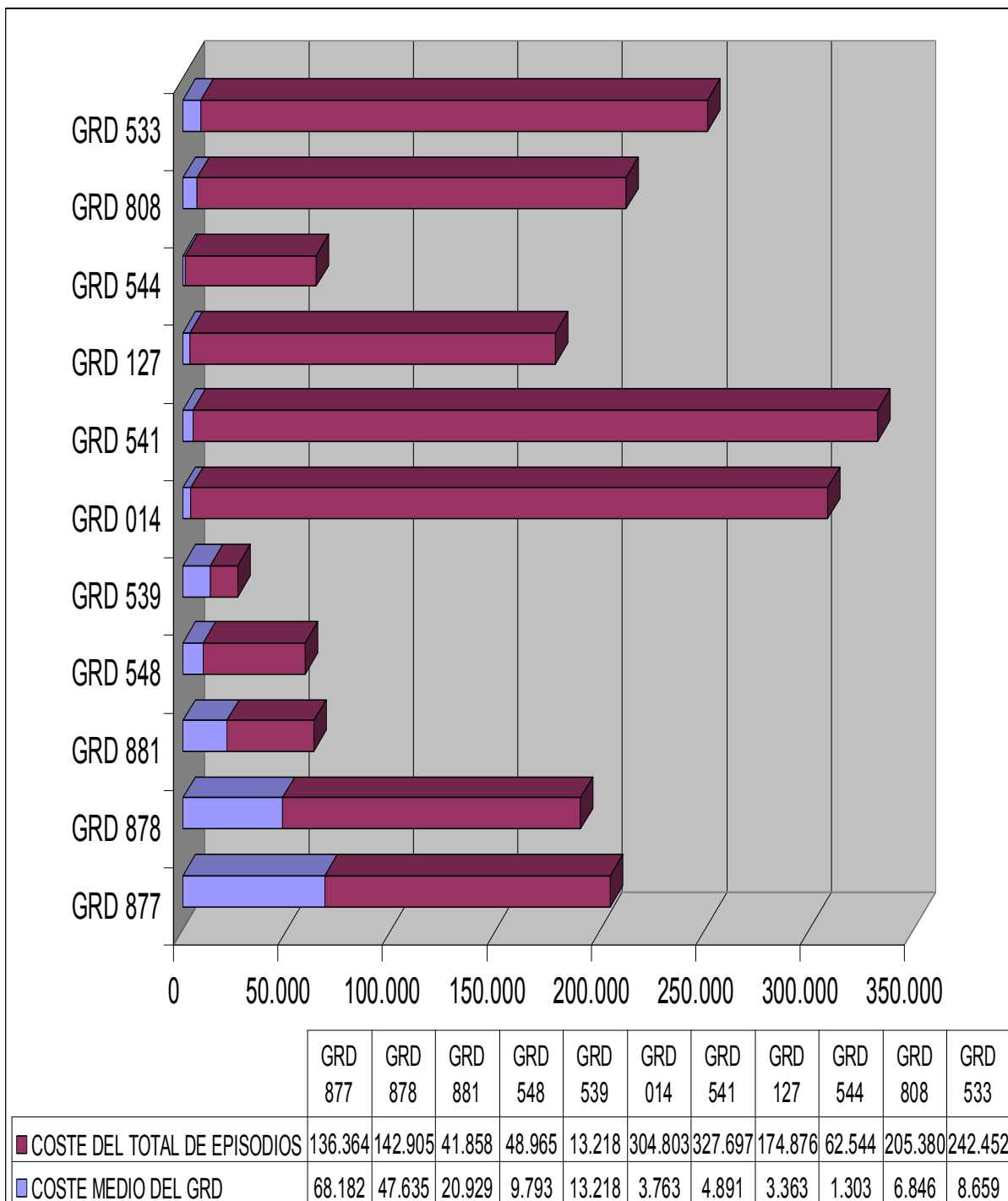
Analizando las tablas comprobamos que de los 319 episodios analizados sólo el 12,85% son de tipo quirúrgico, que mayoritariamente pertenecen a la tabla 1 de episodios con mayor peso. Aunque las tablas 2 y 3 de episodios más frecuentes y con mayor peso relativo, engloban casi en su totalidad episodios de tipo médico, con lo que se comprueba, que a pesar de que los procedimientos quirúrgicos normalmente tienen un peso más elevado, al ser menos frecuentes, los médicos aportan de forma global más peso, además de determinarnos cuál será la predominancia de casos que tratará el Servicio de Medicina Interna.

En la tabla 1, 12 de los 13 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 014 un peso de 1,87, tiene un total de 81 episodios por lo que su coste será superior.

En la tabla 2 comprobamos que ya el 77,74% 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 Medicina Interna.

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

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>MEDICINA INTERNA</b>	1170	2,08	12098	10,34	158	13,50%
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>	4270	1,49	25409	5,95	228	5,34%



<b>SAS GRUPO IV</b>		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
9,04	1,14	1295,33
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>		
6,62	0,90	-2293,21

<b>TODOS EL SAS</b>		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
9,23	1,12	1518,72
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>		
6,49	0,92	-2864,13

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

Probablemente esto se debe a que al tratarse de un hospital comarcal ubicado en la Sierra de Huelva, la población pertenece a los pueblos de alrededor y se trata mayoritariamente de personas con una edad muy elevada, con patologías no relacionadas con el diagnóstico principal pero que hace que el número de días de estancia sea superior.

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

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		
70150 - Cirugía General y Digestiva	677	1,64	4595	6,79	7,67	0,89	-818,97	-597,36	8	0,85	28	4,14%
70270 - Medicina Interna	1170	2,08	12098	10,34	9,23	1,12	1518,72	1295,33	9,04	1,14	158	13,50%
70340 - Hematología	14	2,30	92	6,57	9,97	0,66	12,07	-47,64	5,71	1,15	2	14,29%
70390 - Medicina Intensiva - UCI	92	4,35	398	4,33	10,87	0,40	-648,64	-601,63	11,38	0,38	25	27,17%
70420 - Oftalmología	6	1,04	22	3,67	4,3	0,85	-2,38	-3,83	4,06	0,90	0	0,00%
70430 - O.R.L.	52	1,24	200	3,85	6,88	0,56	-41,74	-157,71	4,39	0,88	3	5,77%
70440 - Pediatría	513	0,64	1394	2,72	4,11	0,66	-1005,1	-713,44	4,68	0,58	0	0,00%
70530 - Traumatología	440	2,26	2178	4,95	7,2	0,69	-361,31	-988,81	5,77	0,86	4	0,91%
70540 - Urología	278	1,02	1462	5,26	5,56	0,95	-397,56	-83,26	6,69	0,79	7	2,52%
70551 - Ginecología	141	1,03	582	4,13	4,61	0,90	-355,32	-67,41	6,65	0,62	1	0,71%
70552 - Obstetricia	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

### EPISODIO 1

F. Ingreso: 18/03/11

F. Alta: 06/04/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

#### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

No RAM. HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AUTOINMUNE. HTA. Dislipemia. OBESIDAD MÓRBIDA (peso 90, talla 1.58m, IMC 55). Insuficiencia venosa crónica en MMII y signos cutáneos de trastornos crónicos.

#### **EXPLORACIÓN:**

Obesa, astenia, pérdida de fuerza de forma generalizada sobre todo en MMII. AC tonos cardíacos rítmicos a buena fc sin soplos ni extratonos. AR mvc. Abdomen obeso blando depresible, no discrimino masas ni megalias. EEII sin edemas.

#### **COMPLEMENTARIOS:**

HEMOGRAMA: Hb 10.1, Hto 33%, VCM 104, CHCM 30.5, RDW 20. BIOQUÍMICA: glucemia basal 110, CT 247 (HDL 55/ LDL 136) TG 282. Prot tot 6.3, alb 3.35. GGTP 113, f alcalina 112. Fe 35. Pcr 36.5  
 PERFIL TIROIDEO: LT4 0.75, TSH 41.66, Ac anti TPO 172.6  
 CORTISOL PLASMÁTICO EN AYUNAS 37.1 (normal). ACTH 29 (normal).  
 CORTISOLURIA 3754 (elevado x10) ORINA:  
 proteinuria. GASOMETRIA  
 ARTERIAL BASAL (FiO2 0.21): pH 7.41, pCO2 43, Br 30, EB 6, Sat O2 79.

#### **EVOLUCIÓN:**

Se inició rehabilitación que se ha visto alterada por cuadro de diarreas o infección respiratoria. Dada la estabilidad clínica la paciente se da de alta con oxígeno domiciliaria por insuficiencia

respiratoria, síndrome de obesidad-hipoventilación. Se ha tenido que aumentar LT4 por mantener TSH elevada.

**JUICIO CLÍNICO:**

**SINDROME OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.**

**HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AUTOINMUNE CON COMA MIXEDEMATOSO.**


**MIOPATÍA TIROIDEA Y DE ENFERMO CRÍTICO**

**ANEMIA MACROCÍTICA CON DÉFICIT DE HIERRO.**

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

*Lidipemia, HTA, ventilación mecánica durante 96h., transfusión sanguínea, anorexia.*

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
878	0	Q	Traqueostomía con ventilación mecánica + 96 horas

## **EPISODIO 2**

F. Ingreso: 17/05 /11

F. Alta: 20/05/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente procedente de UCI por SCASEST TIPO IAM anteroseptolateral fibrinolizado, con cateterismo y revascularización.

El paciente continuó asintomático durante su estancia en planta con ECG EN RITMO SINUSAL A 60 SPM.

#### **JUICIO CLINICO:**

**SCASET: IAM anterolateral-KILLIP I**

Enfermedad bivaso con revascularización.

Diabetes mellitus tipo 2.

HTA

Dislipemia

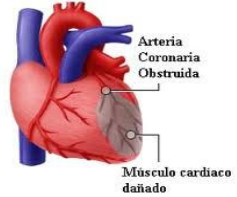
Tabaquismo

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

## Codificación y asignación de GRD

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

**Bloqueo del suministro de sangre**



Arteria Coronaria Obstruida  
Músculo cardíaco dañado

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	5		

## **EPISODIO 3**

F. Ingreso: 01/12/11

F. Alta: 20/12/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 75 años de edad que ingresa por taquicardia supraventricular.

AP: obesidad. DM2. HTA. Flutter en febrero de 2008. Cardiopatía hipertensiva grado I. Esclerosis aórtica (ecocardiografía 24/10/2011). Insuficiencia ventilatoria de patrón restrictivo con oxigenoterapia domiciliaria. Insuficiencia renal crónica. Hipotiroidismo subclínico.

Ttº habitual: oxígeno, omeprazol 20 mg, lactulosa, metformina, AAS 100, sulfato ferroso, furosemida 40, enalapril 10, eutirox 50, spiriva, insulina lantus.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Remitida por su médico de cabecera por taquicardia. La paciente no comenta nuevos síntomas a parte de la disnea de esfuerzo que normalmente padece. No ortopnea.

#### **EXPLORACION:**

Eupneica con oxígeno en gafas, a 2 litros/min. SATO2 89%. Consciente y orientada. Muy obesa. Cuello con ingurgitación yugular, sin soplos. AC: corazón arrítmico a 150 spm, sin soplos. AP: m.v. disminuido en general, con escasos crepitantes muy apagados. Abdomen blando, muy voluminosos, sin mas hallazgos. MMII: edemas con fóvea.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Hemograma con Hb 10.2. VCM 71.5. Neutrófilos 5700. Plaquetas 445000.

Bioquímica: glucemia 157, creatinina 1.7. Sodio y potasio normales. Pro BNP 4438. PCR: 17. Función tiroidea normal. Colesterol total 173. HDL-C 38. LDL-C 108. Transaminasas normales. IST: 6%.

Rx de tórax portátil: no condensación, engrosamiento hilar, signos de redistribución vascular y pinzamiento del seno costodiafrágico bilateral.

ECG: flutter a 150 spm. BRDHH

FGC: úlcera activa en el antro, cara posterior, sin signos de hemorragia. Biopsia: mucosa gástrica reactiva compatible con borde de úlcera. Se observan microorganismos compatibles con H. Pylori.

### **EVOLUCIÓN:**

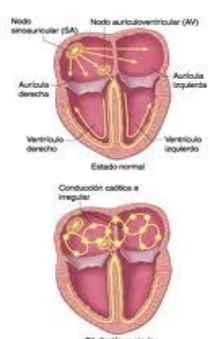
Presenta una insuficiencia respiratoria que precisa oxigenoterapia continua, día y noche. Su taquicardia se ha controlado con betabloqueantes. Hemos iniciado ttº empírico para el H. Pylori. Ha presentado una hemorragia digestiva, estando con HBPM, por lo que hemos tenido que suspender la anticoagulación. Se transfunden 4 UCH, siendo su Hb al alta de 11 gr/dl. Creatinina al alta 1.43. Actualmente se encuentra en situación de convalecencia, después de un ingreso largo.

### **JUICIO CLÍNICO:**

**INGRESO POR FLUTTER AURICULAR EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA RESTRICTIVA. ICC. INSUFICIENCIA RENAL. HDA CON ANEMIA SECUNDARIA, EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR H.PYLORI. TRANSFUNDIDA. LOS PREVIOS.**

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

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
544	5	M	Insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia cardíaca con CC Mayor

## **EPISODIO 4**

F. Ingreso: 13/01/11

F. Alta: 14/02/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente ingresada en nuestro servicio por cuadro febril y crisis comiciales. La paciente presentó crisis subintrante por lo que fue preciso ttº en UCI, donde ha permanecido desde el día 03/12/10 al día 13/01/11.

Reingresa en nuestro servicio con los diagnósticos de: síndrome febril autolimitado con linfocitosis relativa, estatus epiléptico refractario. Sepsis por catéter, ventilación mecánica prolongada con Traqueostomía quirúrgica.

Durante su estancia en planta la paciente ha seguido lenta y progresiva mejoría, con recuperación de la movilidad, mejoría de su broncorrea, permaneciendo afebril y sin nuevas crisis convulsivas.

Resúmenes analíticos: hemograma normal. Bioquímica normal. Colesterol 206. LDL-C 147: Orina con bacteriuria. Urocultivo y hemocultivo: negativo. Hormonas tiroideas: normales.

ECG: RS, con T negativa en V1 a V4.

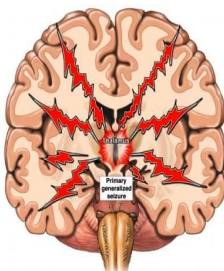
Rx de tórax; sin imágenes de condensación.

Ha seguido revisiones por el Servicio de Otorrino para control de la cánula de Traqueostomía.

Al alta se mantiene estable con buenas saturaciones y se encuentra en programa de rehabilitación. La expectoración es totalmente blanca y se mantiene afebril.

**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
878	0	Q	Traqueostomía con ventilación mecánica + 96 horas

## **EPISODIO 5**

F. Ingreso: 29/11/11

F. Alta: 12/12/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 86 años con AP de: DM-2. Hiperreactividad bronquial. Ca de mama izquierda hace 20 años. Ca basocelular en la nariz. Ca en unión recto-sigma en el 2010. Lobectomía hepática por quiste hidatídico. Anemia ferropénica en ttº con hierro. Fractura de cadera izquierda. La paciente está institucionalizada y padece deterioro cognitivo leve-moderado.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Unos 2-3 días antes del ingreso, se encontraba acatarrada y se le prescribieron antibióticos y mucolíticos. A pesar de ello sus familiares le notan progresiva taquipnea y ruidos de secreciones altas y es remitida por bajo nivel de conciencia.

#### **EXPLORACIÓN:**

TA 170/82. Afebril. SATO2 89%. No responde a estímulos. Flapping. Crepitantes en base derecha. Abdomen: indoloro. MMII: sin edemas.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Hemograma: leucocitosis y neutrofilia. Hb 9.6 gr/dl. Microcitosis e hipocromía.

Glucemia 292 mg/dl. Urea 65 mg/dl. Creatinina 1.25 mg/dl. GOT 140 UI/l. GPT 123 UI/l. Acido úrico 8.8. Ligera hipoproteinemia. Hormonas tiroideas normales.

Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria global con acidosis.

Rx de tórax: gran cardiomegalia a expensas de VI. Derrame pleural

derecho.

ECG: R.S. Pr normal. Signos de crecimiento ventricular izquierdo.

### **EVOLUCION:**

Ha sido favorable, corrigiéndose la insuficiencia respiratoria y mejorando clínicamente. Se transfundieron 2 concentrados de hematíes.

### **JUICIO CLÍNICO:**

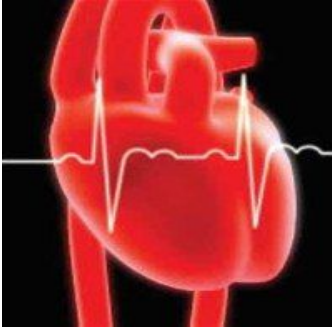
**CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA**

**INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

**SOBREINFECCIÓN RESPIRATORIA**

**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
	5		

## **EPISODIO 6**

F. Ingreso: 07/09/11

F. Alta: 22/09/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 83 años que ingresa por ictus.

AP: HTA. Broncopatía crónica. Insuficiencia ventilatoria mixta multifactorial. Obesidad. FA paroxística. No alergias. Intervenida de hernia periumbilical. En ttº con omeprazol, formodual, spiriva, AAS 100, flumil 600. Candesaratan 16 mg, ramipril 10-HCTZ.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Acude por presentar hemiplejía derecha y disartria desde la madrugada del 7-09, súbitamente.

#### **EXPLORACIÓN:**

Consciente y orientada. Disartria importante. Disfagia. Facial supranuclear derecho. Pupilas normales. Hemiplejía derecha completa. ACP: tonos rítmicos a 76 spm. M.v. conservado. Abdomen: blando, sin masas palpables. MMII: sin edemas con pulsos presentes.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

ECG: sinusal. HIA. QS en V1-V3. Sin alteraciones de la repolarización.

Hemograma: normal.

Coagulación: normal.

Bioquímica: glucemia 120. Función renal normal. Colesterol total 232.

HDL-C 41. LDL-C 157. Perfil hepático normal. Sodio y potasio normales.

Rx de tórax: cardiomegalia izquierda ligera. Calcificación del cayado

aórtico, sin más alteraciones. TAC craneal: imagen hipodensa de 1 cm de diámetro en la porción izquierda de la protuberancia. Discreta atrofia córtico subcortical, sin más alteraciones.

**EVOLUCIÓN:**

Relativamente favorable, con estabilización de sus constantes clínicas. Presenta disfagia, por lo que precisa sonda nasogástrica. Su disartria es importante. No presenta afasia. Actualmente mantiene una hemiplejía derecha, en curso de rehabilitación. Por todo ello es totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.

**JUICIO CLÍNICO:**

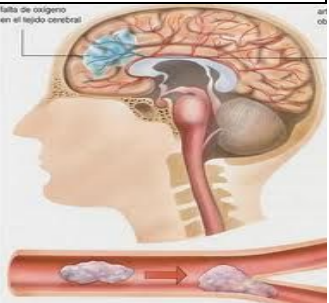
**INGRESO POR ICTUS ISQUÉMICO PROTUBERANCIAL IZQUIERDO.**

**LOS PREVIOS.**

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

*Flebitis por vía.*

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
533	<b>1</b>	M	Otros trastornos del sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con CC Mayor.

## **EPISODIO 7**

F. Ingreso: 09/01/11

F. Alta: 25/01/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 39 años que ingresa en nuestra planta procedente de UCI, con el diagnóstico de neumonía atípica comunitaria grave H1N1 positivo, precisando ventilación mecánica y con probable encefalitis secundaria al virus de tipo reactivo.

Durante su estancia en nuestra planta el paciente ha seguido una evolución satisfactoria sin fiebre, hemodinámicamente estable e iniciando la marcha.

Analítica: hemograma normal. Bioquímica normal. Tiene líquido cefalorraquídeo realizado previamente con 0 células, PT 115.9.

Rx de tórax: sin imagen de condensación.

Se ha cursado hoja de consulta al servicio de Rehabilitación.

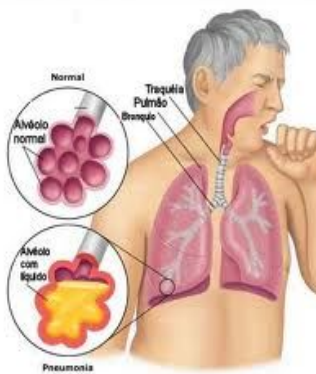
#### **JUICIO CLÍNICO:**

El indicado arriba

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

*Úlcera de tobillo y en zona lumbar. Punción lumbar.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 7</b>			
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E	
DP:	PP:		
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>	
			
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
881	4	M	Diagnóstico del sistema respiratorio con ventilación mecánica más de 95 horas.

## **EPISODIO 8**

F. Ingreso: 04/11/11

F. Alta: 14/11/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 73 años de edad con AP de valvulopatía mitroaórtica , con prótesis mitral y aórtica en 1982- FA permanente. Hipertensión pulmonar importante y ligera disfunción de VI (Revisada en 2010). AVC occipital sin secuela. Hipotiroidismo en ttº sustitutivo. No alergias. IQ: cataratas.

Ttº domiciliario: sintrom, digoxina, clorazepato dipotásico 5 mg, furosemida 40 mg, losartan potásico 50 mg, eutirox 75 mcg.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Desde hace aproximadamente unas dos semanas tiene un aumento de su disnea habitual y ortopnea que le obliga a dormir sentada. Refiere tos sin expectoración mucopurulenta y febrícula. Edemas maleolares.

#### **EXPLORACION:**

TA 110760. Eupneica en reposo. FC 60 lpm. Tolera decúbito.

BMV sin ruidos patológicos asociados.

MMII. ligeros edemas en ambos MMII.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Hemograma: normal

Bioquímica: normal, función renal normal. INR 2.28. TSH 7.62. T4 1.42. Enzimas cardíacas negativas.

Digoxinemia 1.06.

ECG: FA a 60 lpm. No alteraciones en la repolarización. HIA.

Rx de tórax: gran cardiomegalia con visualización de válvula protésica metálica y congestión pulmonar.

Ecocardiograma: prótesis aórtica con gradientes altos. Prótesis mitral normofuncionante. Función sistólica ligeramente deprimida. Hipertensión pulmonar severa.

### **EVOLUCION:**

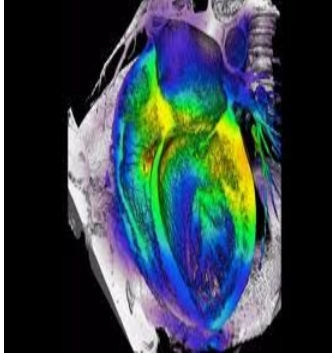
La paciente evoluciona favorablemente, encontrándose eupneica al momento del alta. Actualmente sin signos de insuficiencia cardíaca.

### **JUICIO CLÍNICO:**

**Insuficiencia cardíaca descompensada.**

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

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 8</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>
127	5	M	Insuficiencia cardiaca y shock.

## **EPISODIO 9**

F. Ingreso: 30/08/11

F. Alta: 06/09/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

#### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Paciente de 86 años de edad, con antecedentes personales de HTA Fibrilofluter en tratamiento antiagregante, diabetes Mellitus tipo II, dislipemia, Hematoma cerebeloso derecho en 1987, Trombocitosis valorada por hematología, quistes renales valorados por urología, colecistectomizada, no alérgica a fármacos. Un ingreso reciente (Junio 2011) por insuficiencia cardíaca congestiva y en tratamiento desde entonces con Oxigenoterapia domiciliaria.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Sufre cuadro brusco de debilidad de miembros derechos, trastorno del habla y disminución del nivel de conciencia.

#### **EXPLORACIÓN:**

A su ingreso en planta TA.155/70, consciente y con afasia mixta, desviación de la mirada a la izquierda, facial supranuclear derecho y hemiplejía derecha. No soplos carotídeos ni bocio. Corazón rítmico a 63 spm. Auscultación pulmonar normal. Abdomen sin hallazgos, salvo cicatriz de colecistectomía. Miembros sin edemas, cutaneoplantar derecho extensor.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Glucemia 128 mg/dl, Urea 97 mg/dl, Creatinina 1.49 mg/dl, Colesterol total 166 mg/dl, HDL 29 mg/dl, LDL 99 mg/dl, TG 188 mg/dl, Acido úrico 10 mg/dl.

Hemograma con ligera neutrofilia, sin anemia y plaquetas 766.000.

TAC Craneal inicial. Con trastorno isquémico crónico de pequeño vaso.

TAC Craneal de control. Infarto isquémico en territorio de la cerebral media izquierda. Infarto isquémico lacunar en núcleo caudado derecho. Lesión isquémica crónica occipital derecha.

ECG. R.S. PR 0.26 seg. No signos de crecimiento de cavidades.

**EVOLUCIÓN:**

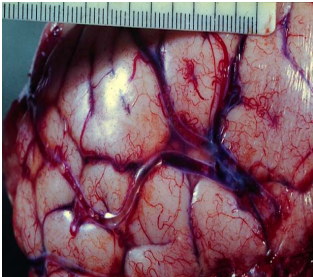
No ha recuperado la hemiplejía, pero se alimenta adecuadamente, está atenta y obedece órdenes. Se ha valorado por Servicio de Rehabilitación. Inició febrícula en relación a ITU.

**JUICIO CLÍNICO:**

**AVC Isquémico en territorio cerebral media izquierda, probablemente embólico.**

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

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
014	1	M	Ictus con infarto

## **EPISODIO 10**

F. Ingreso: 21/09/11

F. Alta: 11/10/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente que ingresa en nuestro servicio para continuar estudio de lesiones óseas blásticas y nódulo pulmonar en LSD.

Se practicó FBC en Hospital J.R.J de Huelva, sin resultado concluyente. Biopsia de columna vertebral en Neurocirugía del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, con resultado negativo para malignidad.

Ttº con dexametasona y analgésicos.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Acude nuevamente al servicio de urgencias por deterioro del estado general y odinofagia.

#### **EXPLORACION:**

Facies cushingoides. TA 110/70. Corazón rítmico a buena frecuencia. Buen m.v. Abdomen blando y depresible. MMII: sin signos de trombosis ni edemas.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Hemograma: leucocitos 16770, neutrófilos 90.1. Hb 7.5 Hto 23.4. Se transfunden 2 UCH y posteriormente hemograma con: Leucocitos 17200, neutrófilos 88.3%. Hb 10.3. Plaquetas 191000.

Coagulación: normal. PCR: 168.8

Bioquímica con función renal e iones: normales. CA 125: 596. CA 19.9: 398. CA 15.3:43.5.CEA:108.1. Hormonas tiroideas: normales.

ECG: normal.

TAC de tórax con contraste: nódulo pulmonar de bordes especulados e irregulares, de 3.6 cm de diámetro, localizado en segmento posterior de LSD, sugestivo de neoplasia pulmonar primaria. Infiltrado parenquimatoso bilateral en forma de densidades confluentes más o menos difusas de aspecto alveolointerstial aunque predominantemente intersticial con imagen de engrosamiento septal irregular. También se observa un engrosamiento del intersticio axial o peribroncovascular. Pequeño derrame pleural bilateral. Con ventana de hueso se aprecian múltiples lesiones osteoblásticas en la columna dorsal, costillas y extremo medial de clavícula derecha. Los hallazgos son sugestivos de neoplasia pulmonar primaria del LSD y posible diseminación linfagítica bilateral.

Mamografía: sin hallazgos.

Mapa óseo: múltiples lesiones osteoblásticas en todo el raquis y pelvis.

Ecocardiograma: válvula aórtica trivalva sin compromiso funcional. Válvula mitral con esclerosis de los velos, calcio en el anillo, funcionalmente normal. Tricúspide: no registra fuga. VI: dimensiones normales. No alteraciones de contractilidad segmentaria y la función sistólica global está conservada. FE 67%. Flujo de llenado VI con retardo de la relajación. AI: normal. Cavidades derechas: se evidencia engrosamiento homogéneo muy sutil de pared libre de VD, depósito de fibrina o infiltración por continuidad. No hay obstrucción en TSVD y el flujo en arteria pulmonar es normal. Derrame pericárdico tipo I ligero.

FGC: esofagitis por candida en todo el esófago.

Biopsia de espina ilíaca postero-superior: adenocarcinoma metastático concordante con origen pulmonar.

Hoja de consulta a Oncología: citada el próximo día 18 de Octubre a las 11:00 h.

**EVOLUCIÓN:**

La paciente se mantiene con dolor óseo, astenia y adinamia.

**JUICIO CLÍNICO:**

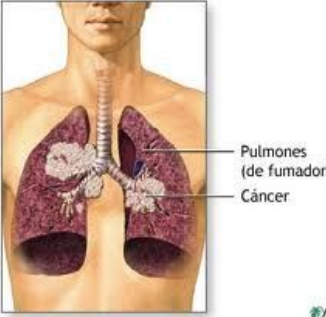
**ADENOCARCINOMA DE PULMÓN EN ESTADIO DE ENFERMEDAD DISEMINADA. ESOFAGITIS POR CÁNDIDA.**

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

*Osteoporosis, transfusión sanguínea.*

## Codificación y asignación de GRD

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



GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	4		

## **EPISODIO 11**

F. Ingreso: 30/08/11

F. Alta: 30/08/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

EDAD: 68 AÑOS

#### **INFORME DE EPICRISIS**

Paciente que ingresa por SCACEST de localización anterior.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

No alergias conocidas. HTA. Diabetes mellitus. Fumador. Adenocarcinoma de próstata intervenido. Dislipemia.

#### **HISTORIA ACTUAL:**

Ingresa en el hospital el día 27 de agosto por dolor en el cuello y dificultad respiratoria. Se aprecia ensanchamiento mediastínico por lo que se practica TAC torácico que muestra conglomerado adenopático y una tumoración pulmonar.

Se realiza Traqueostomía urgente por parálisis de cuerdas vocales. En el postoperatorio inmediato tiene dolor torácico con elevación del ST. Ante la contraindicación de fibrinólisis se decide ACTP 1ª, aun considerando el probable mal pronóstico, pero ante la ausencia de diagnóstico definitivo histopatológico.

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

MEG, consciente y orientada. Sudoración. Afectación de la perfusión periférica. FR 20 FC 87. TA 100/55.

Corazón rítmico a 87 spm. No soplos.

Respiratorio: ventila ambos hemitórax. SPO2 100% (FiO2 0.4)

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. RHA presentes.

MMII: trastornos tróficos crónicos. Datos de insuficiencia venosa crónica avanzada. No se aprecian signos de TVP.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

ECG: RS a 85 spm, ascenso del ST de hasta 4 mm en V3-V5

### **EVOLUCIÓN**

Se traslada al Hospital Juan Ramón Jiménez para ACTP 1ª, comprobándose oclusión del 100% de DA media distal colocándose stents convencionales. Tiene además afectación de ACD y ACX que no se tratan, durante el procedimiento sufre hipotensión arterial que requiere aminas, ante el mal pronóstico probable, se decide no realizar nuevas medidas de soporte vital y es trasladado de vuelta. Por el camino sufre DEM, instaurándose maniobras de SVA en ambulancia. Llega al Hospital donde fallece tras 35 minutos de RCP.

### **JUICIO CLÍNICO:**

**Masa pulmonar a estudio con extensión local y regional aparentemente avanzada.**

**Insuficiencia respiratoria aguda por parálisis de cuerdas vocales.**

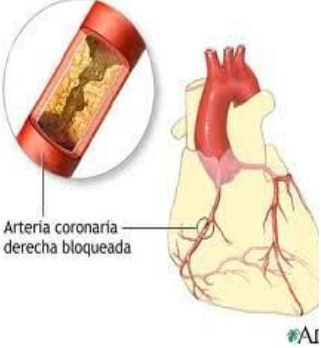
**Traqueostomía urgente.**

**Causa del éxitus: Infarto agudo de miocardio anterior extenso.**

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

*Parálisis, enfermedad cardíaca hipertensiva, ACTP sobre un vaso con cuatro stents, TAC tórax, traqueostomía temporal.*

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
877	0	Q	Oxigenación extracorpórea ó traqueostomía con ventilación mecánica más de 95h.

## **EPISODIO 12**

F. Ingreso: 18/08/11

F. Alta: 08/09/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

#### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Paciente de 86 años de edad con antecedentes de HTA, DM tipo 2, Dislipemia, FA persistente, con cardioversión hace años y recidivada precozmente, en tratamiento anticoagulante. Valvulopatía aórtica degenerativa. Epilepsia. Tbc residual. Exfumador. Anemia ferropénica no estudiada. Colecistopancreatitis recidivante. Colecistectomía en Julio-Agosto 2010, con postoperatorio complicado, siendo remitido a otro centro para drenaje biliar. Nefrolitiasis. Intervenido de cataratas. No alergia a fármacos.

#### **ESTADO ACTUAL:**

El paciente es remitido por su médico por cuadro de pérdida de peso de 10 kg. En el último año. Febrícula vespertina y malestar mal definido abdominal alto. No vómitos. No ha observado pérdida de sangre en eheces.

#### **EXPLORACIÓN:**

Consciente y orientado. Palidez de piel y mucosas. Delgado. Auscultación cardíaca con tonos arrítmicos, soplo panfocal II/VI. No signos de Insuficiencia cardíaca. AP con siminución del murmullo vesicular en base derecha y crepitantes en base izquierda. Abdomen no doloroso. Hepatomegalia a 2 cm, ligeros edemas maleolares. Trastornos tróficos. Tacto rectal con hemorroides externas, el dedil sale limpio.

### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

No leucocitosis, plaquetas normales, Hb 8.1 gr/dl HCT 25.8%. VSG 48ml.

Glucosa normal, Urea 118 mg/dl, Creatinina 3.31 mg/dl, Calcio normal, Fósforo 5.20 mg/dl, Potasio 5.7 mmol/L PH 7.31, Bicarbonato 20 mmol/L. Ligera hipoproteinoemia. Hipoalbuminemia, Hipergammaglobulinemia policlonal. Elevación de Alfa I y betablobulina. Transaminasas, FA: normales. El cultivo de esputos con flora sapofrita y Beka negativo.

SOH positiva.

RX de Tórax. Silueta cardíaca de tamaño normal, aorta alongada y calcificada. Aumento de densidad en el lóbulo inferior derecho que en la proyección lateral se corresponde a imagen extrapleural derecho, compatible con derrame pleural encapsulado. Pinzamiento de seno costo-frénico posterior derecho. Imágenes compatibles con bronquiectasias en segmentos postero-medial de LID. Pinzamiento del seno costofrénico lateral izquierdo.

RX de Abdomen. Prótesis en posición biliar.

Fibrogastroscopia. – Estómago con múltiples erosiones en antro y bulbo.

Pendiente de la investigación de H. Pylori

Colonoscopia: Se progresa hasta ángulo hepático, por mala tolerancia y mala preparación, sin que se observen alteraciones.

TAC de Tórax: Cardiomegalia. Tractos fibrosos y granulomas calcificados en ambos lóbulos superiores. Bronquiectasias en LID. Pequeño derrame pleural derecho encapsulado. Abdomen sin hallazgos de interés, salvo colecistectomía, prótesis biliar, pequeña cantidad de líquido libre en pelvis entre asas e imagen sugestiva de

invaginación en un asa de intestino delgado que no ocasiona cuadro oclusivo en este momento.

### **EVOLUCIÓN:**


El paciente ha permanecido afebril en todo momento. Inicialmente presentó deposiciones aumentadas en número y disminuidas en consistencia. Se indicó tratamiento antibiótico empírico. Se transfundieron cuatro unidades de hematíes. Su insuficiencia renal se ha mantenido en todo momento estable. El hematólogo retiró Acenocumarol por las lesiones gástricas.

### **JUICIO CLÍNICO:**

**Los referidos en antecedentes, insuficiencia renal crónica, Gastritis erosiva, Bronquiectasias de LID. Derrame pleural encapsulado en hemitórax derecho. Anemia de trastornos crónicos.**

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

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 12</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>CÓDIGOS E</b>
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>
		 <p>The diagram illustrates the difference between a normal bronchus and one affected by chronic bronchitis. On the left, labeled 'Normal', a clear bronchus is shown branching into smaller airways. On the right, labeled 'Chronic bronchitis', the bronchus is significantly thickened and narrowed. Labels 'Inflammation' and 'Mucus' point to the thickened inner lining and the excess mucus coating the airway, respectively.</p>

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
541	4	M	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CCMayor.

## **EPISODIO 13**

F. Ingreso: 05/07/11

F. Alta: 08/07/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

#### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

No alergias medicamentosas conocidas. HTA. Dislipemia e intolerancia hidrocarbonada en tratamiento dietético. Fumador de más de un paquete diario. Enolismo moderado. Cumple criterios de bronquitis crónica. RGE. AF: cardiopatía isquémica.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Paciente que ingresa procedente de UCI con el diagnóstico de IAM inferior y de VD evolucionado con implante de 2 stents convencionales en CD (a nivel proximal y distal) para continuar evolución y tratamiento.

#### **EXPLORACION:**

BEG. Eupneico. ACR: sin hallazgos. Fc 70 spm.

#### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

Hemograma normal.

Bioquímica general: glucosa 92, función renal e iones normales. Colesterol total 207, HDL 44, LDL 123. Enzimas cardíacas CK 242, Ck-Mb masa 14.2 troponina 10.96.

ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, onda Q negativa en III con onda T negativa. Signos de HVI.

Ecocardiografía: HVI moderada. Hipocinesia inferior basal y media y lateral basal. FEVI 60%. AI no dilatada. Conclusiones: cardiopatía isquémica. Alteraciones cinética inferior.

**EVOLUCIÓN:**

Sin incidencias.

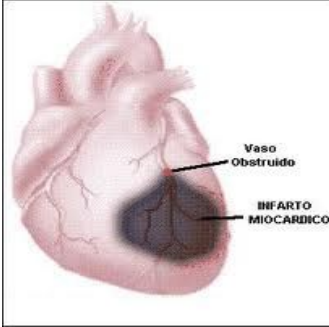
**JUICIO CLÍNICO:**

**SCASEST TIPO IAM Q INFERIOR Y VD EVOLUCIONADO. IMPLANTE DE DOS STENTS CONVENCIONALES EN CD (NIVEL PROXIMAL Y DISTAL).**

LOS REFERIDOS EN SUS ANTECEDENTES.

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

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
808	5	Q	Procedimiento cardiovascular percutáneo con infarto agudo de miocardio, fallo cardiaco o shock

## **EPISODIO 14**

F. Ingreso: 18/06/11

F. Alta: 23/06/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 80 años de edad, diagnosticada de : DM-2. Dislipemia. Cardiopatía hipertensiva grado ii. FA permanente. Intervenido de hernia de hiato paraesofágica. Ha estado en seguimiento en CE de Cardiología. No alergias a fármacos, tos por IECAS.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Acude a urgencias por cansancio refiriendo que en el último mes no puede realizar ningún ejercicio. No síncope. Se detecta Fc a 55 valorándose por UCI, decidiéndose estimulación cardíaca permanente.

#### **EVOLUCIÓN:**

Con fecha 21/06/2011 se implanta marcapasos. Ver informe adjunto de UCI. A su alta se encuentra con marcada mejoría, TA 110/70, afebril, sin signos de insuficiencia cardíaca y con ligero hematoma en bolsa de marcapaso.

#### **JUICIO DIAGNÓSTICO:**

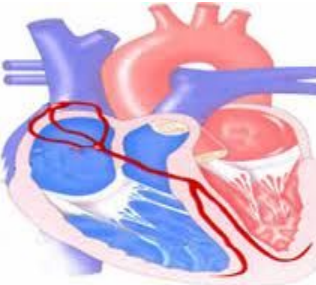
LOS ARRIBA CITADOS

**POSIBLE FIBROSIS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN**

**IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS PERMANENTE.**

**DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:** *Hematoma que complica la intervención.*

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
548	5	Q	Implantación o revisión de marcapasos cardiaco con CC Mayor.

## **EPISODIO 15**

F. Ingreso: 14/11/11

F. Alta: 22/11/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

AP: HTA. EPOC tipo enfisema con oxigenoterapia domiciliaria. Hiperuricemia, dislipemia, BCRDHH. Gonartrosis intervenida el 5 de septiembre de 2011 (artroplastia total de rodilla derecha). TTe domiciliario: seretide 50/500 1/12 h; spiriva 1/24/h; doxazosina 4/d; N acetilcisteina 600 mg/d, Furosemida, Simvastatina.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Ingresa por empeoramiento de su disnea, su expectoración, así como edemas de MMII. NO ha tenido dolor torácico ni fiebre. Estando en la planta, empeora con aumento de somnolencia debido a retención de carbónico. Ingresa por ello en UCI para control intensivo y ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Adjuntamos el informe de alta de UCI.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Hemograma: Hb 15, neutrofilia sin leucocitosis. Plaquetas 161.000.

Bioquímica: glucosa 160, urea 61, creatinina 1.14, PT 7.36, albúmina 3.89, sodio 146, potasio 4. Pro BNP: 5476. TSH: 0.79.

ECG: RS. BRDHH.

RX DE TÓRAX. CARDIOMEGALIA. Derrame pleural derecho escaso.

Ecocardiograma: Válvula tricúspide con gradiente AD-VD de 43 mmHg. HVI importante sin dilatación de la cavidad ni alteraciones de contractilidad, ni disfunción sistólica. Flujo de llenado de VI con retardo de la relajación. Cavidades derechas dilatadas. Al dilatada. Hipertensión pulmonar moderada.

### **EVOLUCIÓN:**


Tras ingresar en UCI, sale de alta compensado, sin asomo de somnolencia, tolerando la deambulaci3n sin problema. Sin oxígeno su saturaci3n es menor de 90%. La auscultaci3n pulmonar es limpia bilateral, aunque mantiene con seguridad residuo del derrame pleural.

### **JUICIO CLÍNICO:**

**EPOC DESCOMPESADO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL. INSUFICIENCIA CARDÍACA. ENCEFALOPATÍA HIPERCÁPNICA. COR PULMONALE. LOS PREVIOS.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 15</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>
541	4	M	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CC Mayor. 71

## **EPISODIO 16**

F. Ingreso: 10/07/11

F. Alta: 19/07/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

AP: No RAMC. FRCV: DM tipo II. TEP hace 5 años. Anticoagulada con heparina. Litiasis renal. Fractura de fémur la pasada semana (actualmente con férula), artrosis, TVP hace 15 años, Shock séptico por E. Colli. Cardiopatía hipertensiva. Estenosis mitral ligera-moderada, con FE normal en 2006. Prótesis de rodilla bilateral. Vida limitada.

#### **ESTADO ACTUAL:**

La paciente comenzó con dolor en MMII, posteriormente presenta cuadro de desconexión, del que no salía a pesar de la estimulación intensa de su hija. Cuando salió, refería sueño intenso, pero la hija describe habla anormal. Al ir a medirle la glucemia, observa que no mueve el hemicuerpo izquierdo.

#### **EXPOLORACIÓN:**

GCS 14, bradipsíquica. Parálisis facial derecha, hemiplejía izquierda, cardiorrespiratorio sin hallazgos. Abdomen sin hallazgos.

#### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

Hemograma: leucocitos 15.14 10E9/L, neutrófilos 9.98 10E9/L, resto normal.

Bioquímica general: glucosa 150 mg/dl, función renal e iones normales.

Coagulación: normal.

ECG: ritmo sinusal a 84 lpm, sin nuevas alteraciones isoeléctricas.

TAC cráneo (urgencias). No existen desviaciones de estructuras de la línea media. Sistema ventricular normal; hipodensidades parcheadas en sustancia blanca periventricular, en relación con áreas de isquémia crónica por arteriosclerosis/leucoaraiosis. No evidenciamos focos isquémicos o hemorrágicos ni procesos expansivos intraparenquimatosos en los espacios supra- ni infratentoriales. No colecciones extra-axiales. Atrofia córtico-subcortical.

TAC craneal control 19/07/11. No existe desviación de estructuras de la línea media. Sistema ventricular normal. Área de hipodensidad que afecta al núcleo lenticular derecho, que provoca ligera retracción del ventrículo adyacente, compatible con área de infarto isquémico. No áreas de sangrado. No colecciones extraaxiales.

### **EVOLUCIÓN:**

Favorable, ha mejorado el nivel de conciencia y se relaciona perfectamente. Persiste paresia izquierda. En el momento actual consideramos, de acuerdo con la familia, que la paciente no es subsidiaria de ttº rehabilitador.

### **JUICIO CLÍNICO:**

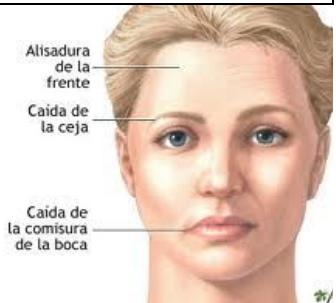
#### **AVC**

LOS REFERIDOS EN SUS ANTECEDENTES.

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

*Úlcera por presión estadio II y de otro sitio sin especificar.  
Osteoartrosis.*

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 16</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		 <p style="font-size: small;">Alisadura de la frente Caída de la ceja Caída de la comisura de la boca</p>

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
533	1	M	Otros trastornos del sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con CC Mayor.

## **EPISODIO 17**

F. Ingreso: 03/11/11

F. Alta: 14/11/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 75 años con antecedentes de MP transitorio por bloqueo AV de 3º grado, DM2, etilismo crónico, cumple criterios de bronquitis crónica y EPOC con HTP moderada. Arteriopatía periférica. Mal cumplidor de tratamiento.

Ingresó en nuestro servicio procedente de UCI con los diagnósticos de neumonía grave de la comunidad en paciente con EPOC severo, insuficiencia respiratoria global severa. Evolución complicada con shock cardiogénico y edema agudo de pulmonía que precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica. HDA. VER INFORME DE ALTA DE UCI.

Se ha realizado FGC que muestra úlcus gástrico localizado en curvatura menor y en fase de cicatrización, así como hernia hiatal por deslizamiento y esofagitis péptica grado I. Se han tomado biopsias para AP y H. Pylori, estando pendientes de recibir resultados.

La Rx de tórax muestra: silueta cardíaca normal y han desaparecido completamente los signos de condensación pulmonar.

El paciente permanece estable, con evolución lentamente a mejor. Se ha iniciado tratamiento rehabilitador.

### **JUICIO CLÍNICO:**

**EPOCO EVOLUCIONADO**

**NEUMONIA NOSOCOMIAL**

**SHOCK CARDIOGÉNICO Y EAP**

**HDA SECUNDARIA A ULCUS GASTRICO**

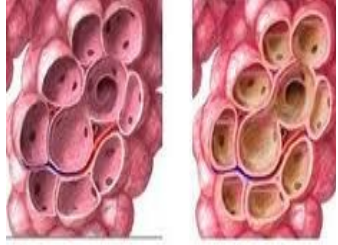
**HERNIA HIATAL. ESOFAGITIS PEPTICA, GRADO I.**

**DM-2. DEPENDIENTE PARA ABVD.**

*DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA  
COMPLETA:*

*HBP, diarrea, estado de extracción de cataratas.*

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 17</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		 <p>Alveolos normales      Neumonia</p>

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
881	4	M	Diagnóstico del sistema respiratorio con ventilación mecánica más de 95 horas.

## **EPISODIO 18**

F. Ingreso: 30/04/2011

F. Alta: 06/05/2011

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

Paciente de 73 años con AP de: pericarditis viral. Cardiopatía isquémica crónica. HTA. Cardiopatía hipertensiva. FA permanente diagnosticada hace 5 meses. El paciente hacía ttº con: anticoagulación oral, antiagregante, simvastatina, parches de nitratos y betabloqueantes.

#### **ESTADO ACTUAL:**

Encontrándose previamente bien la mañana del ingreso, al poco de despertarse, tiene sensación de mareo, visión doble y disminución de la agudeza visual en campo derecho.

#### **EXPLORACIÓN:**

A su ingreso se describe con TA 140/80. Dudosamente bradipsíquico. Déficit visual en campo derecho. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares externos normales. No facial. No trastornos del habla. No déficit motor en miembros.

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

Analítica: normal. INR a su ingreso 3.15. Hemograma normal

ECG: FA con respuesta ventricular controlada.

TAC de cráneo: infarto isquémico que afecta a la mitad medial del lóbulo occipital izquierdo y atrofia con obliteración de los surcos meníngeos de la convexidad adyacente. Atrofia córtico-subcortical. Dilatación del sistema ventricular.

Ecocardiograma: sin cambio respecto a la realizada hace 4 meses.

**EVOLUCIÓN:**

El paciente se ha mantenido estable, inicialmente con cefalea que ha mejorado. Desapareció la visión doble. Se ha mantenido con HBPM durante una semana.

**JUICIO DIAGNÓSTICO:**

**AVC DE PERFIL ATEROTROMBÓTICO DE LA CIRCULACIÓN POSTERIOR. INFARTO OCCIPITAL IZQUIERDO.**

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

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 18</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
014	1	M	Ictus con infarto

## DESARROLLO DE ALGORITMOS

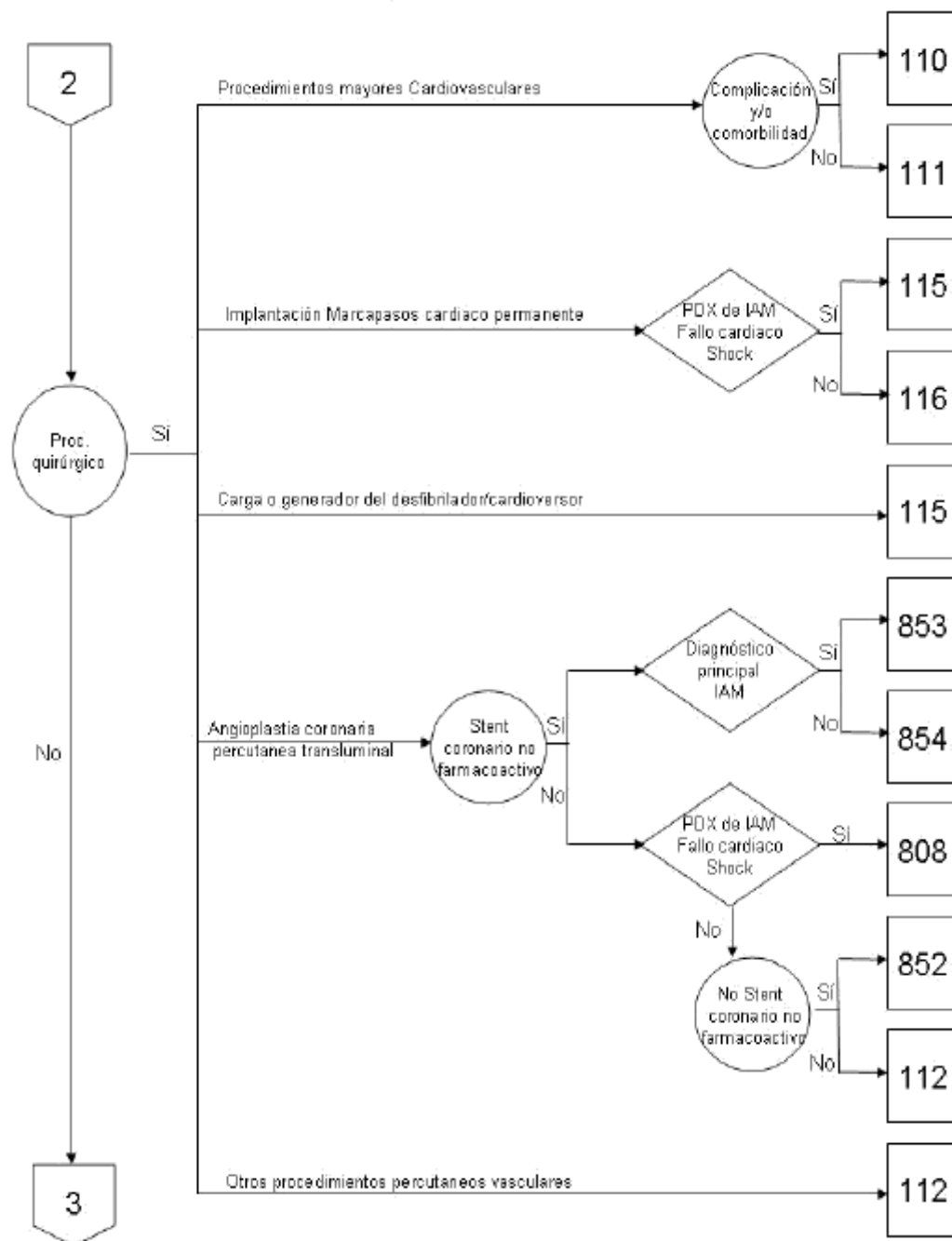
### ALGORITMO ESPECÍFICO DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR 5

Continuando con los algoritmo de la aplicación de los GRD, a continuación se expone el propio de la Categoría Diagnóstica Mayor 5 Enfermedades y trastornos del Sistema Hepatobiliar y Páncreas (Reproducido con el permiso de 3M España S.A.)

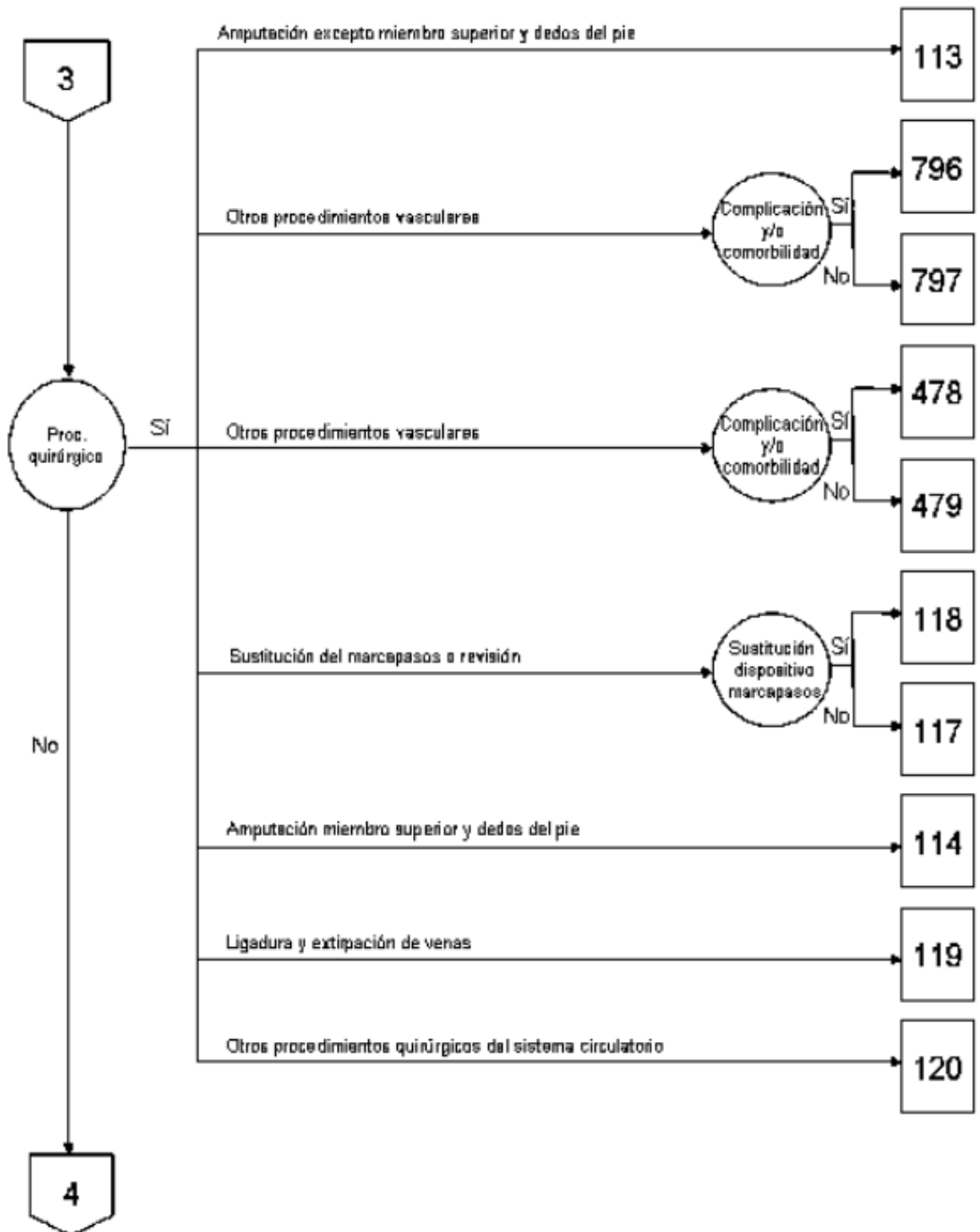
CDM 05, Enfermedades y trastornos del Sistema Circulatorio  
compartmentación quirúrgica



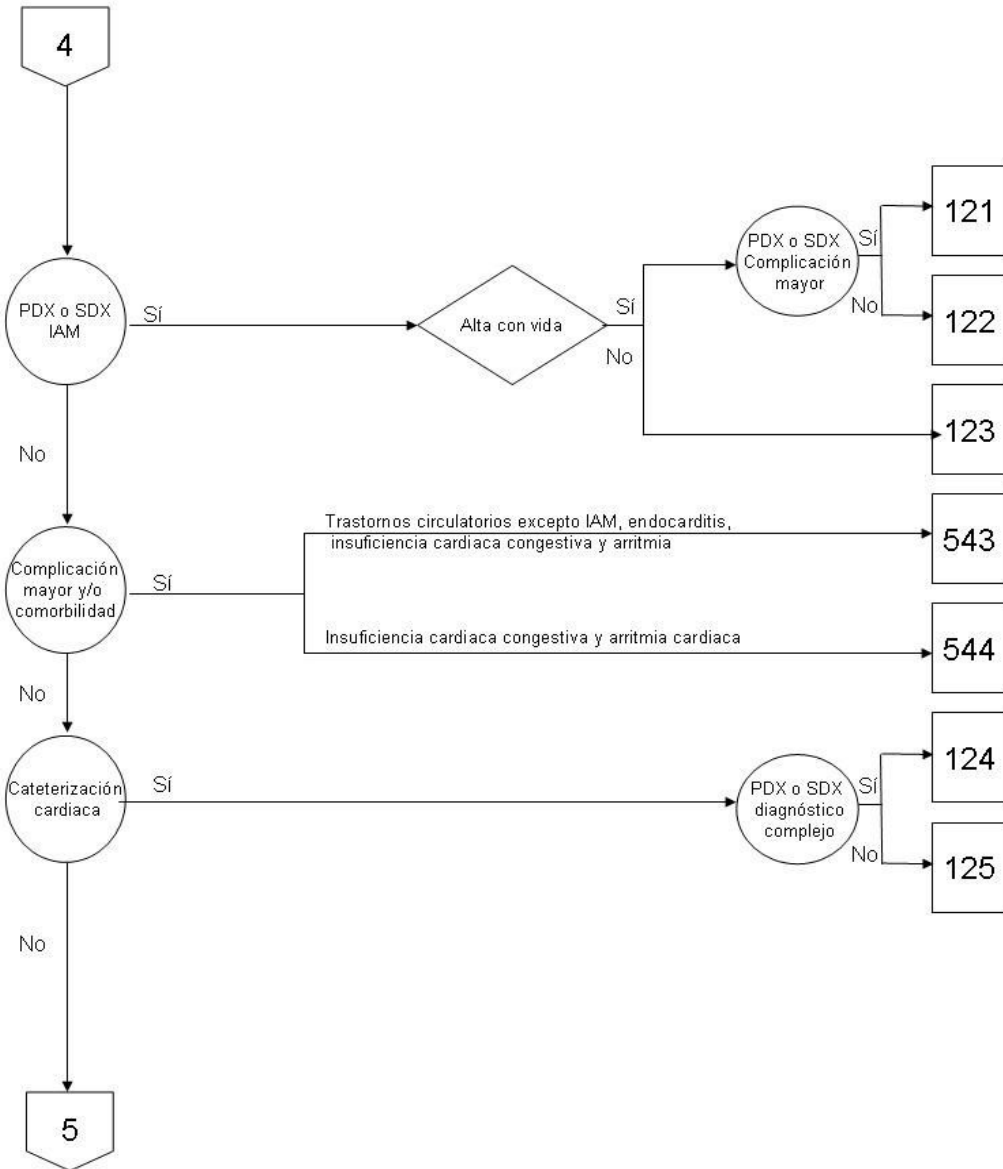
## compartimentación quirúrgica



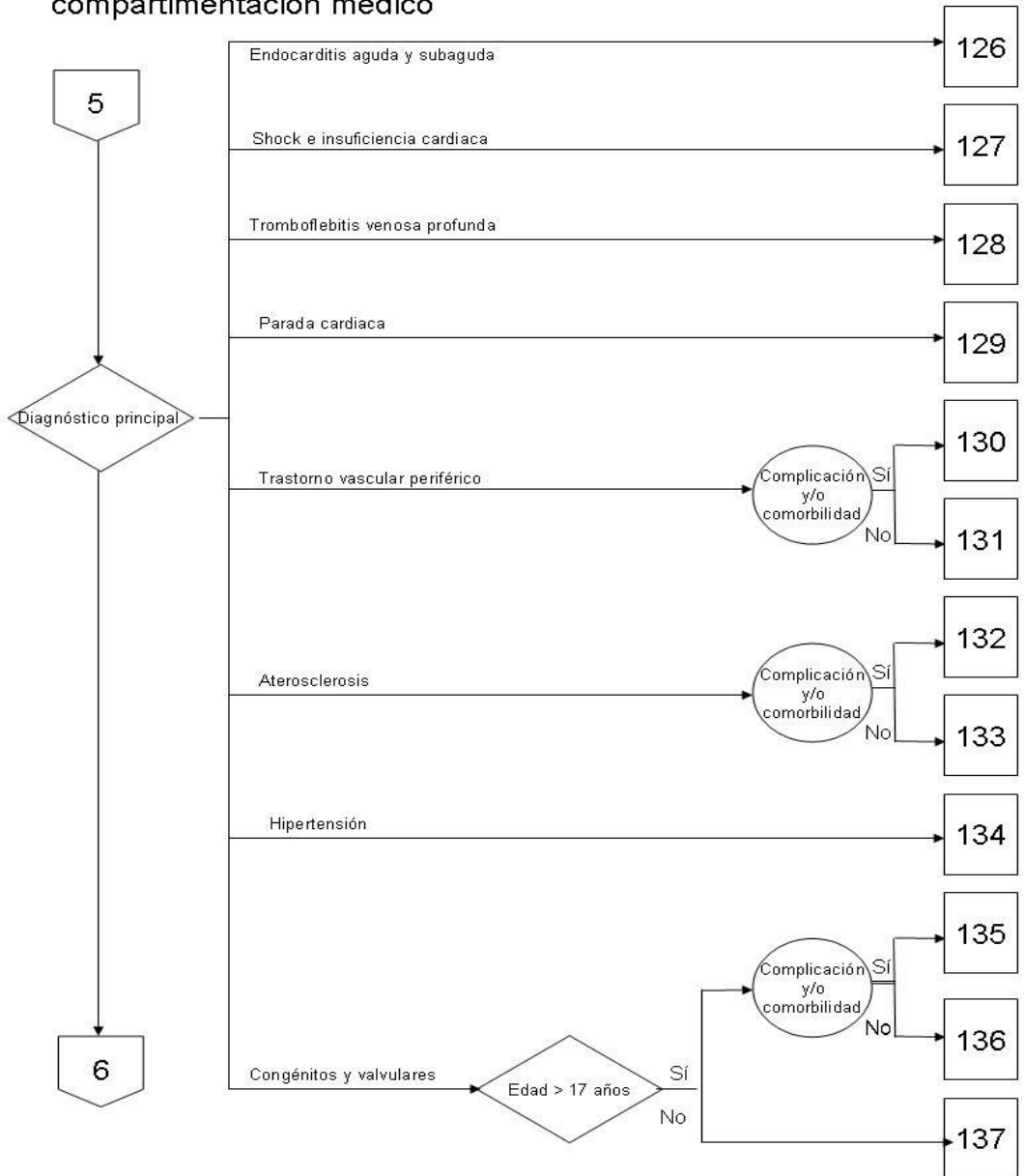
## compartimentación quirúrgica



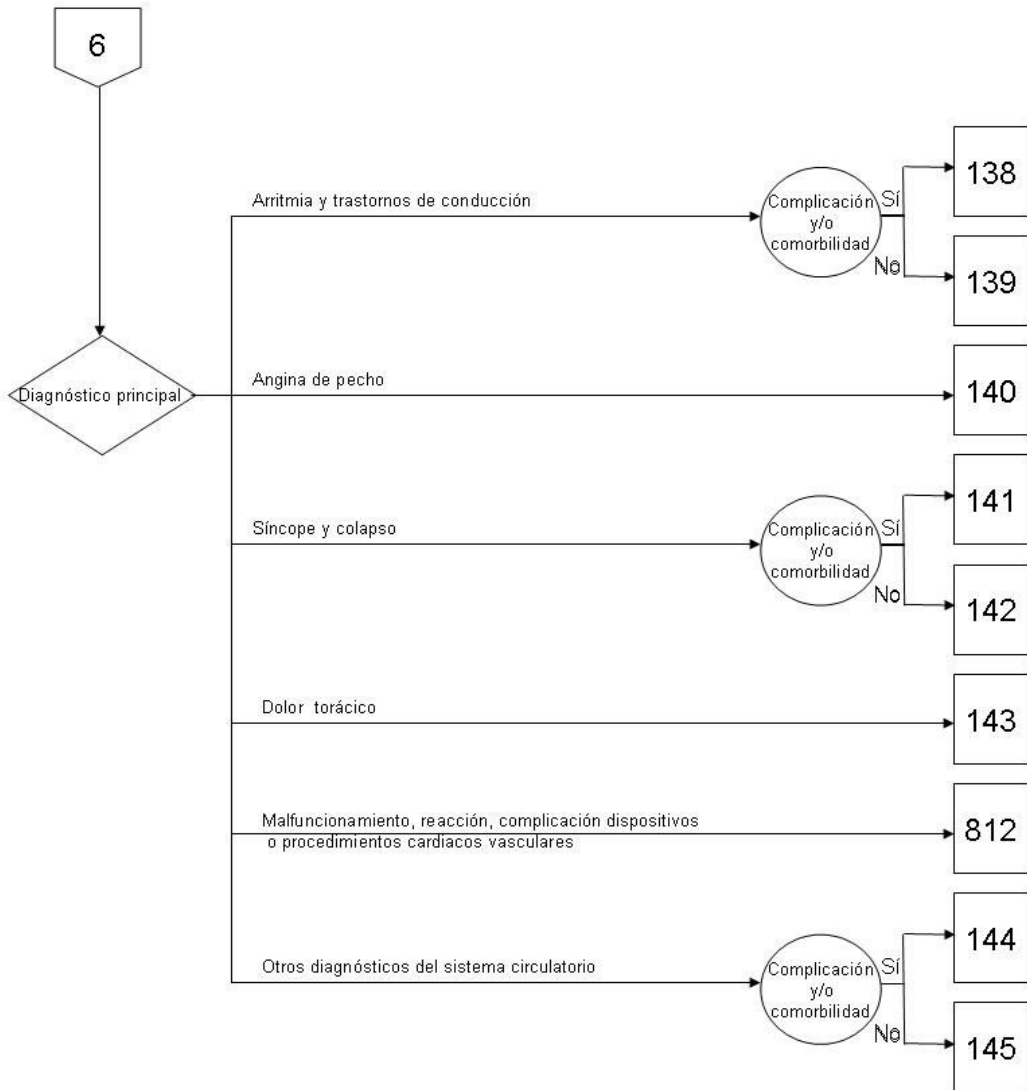
# compartimentación médico



compartimentación médico



# compartimentación médico



## CODIFICACIÓN CORRECTA

### EPISODIO 1

#### **DP- 244.9 Hipotiroidismo no especificado**

- 780.01 Coma
- 245.2 Tiroiditis linfocítica crónica
- 518.84 Fracaso respiratorio agudo y crónico
- 278.01 Obesidad patológica
- V85.4 Índice de masa corporal de 40 y superior, adulto
- 459.81 Insuficiencia venosa (periférica) no especificada
- 281.9 Anemia por carencia no especificada
- 786.09 Otra disnea y alteración respiratorias
- 359.5 Miopatía en enfermedades endocrinas clasif.
- 783.0 Anorexia
- 272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas
- 401.9 No especificada

#### **PP - 96.72 Ventilación mecánica continua durante 96 H.**

- 96.04 Inserción de tubo endotraqueal
- 31.1 Traqueostomía temporal
- 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes
- 93.90 Presión positiva continua de vía aérea [cpap]
- 89.65 Medición de gases en la sangre arterial
- 87.03 Tomografía axial computerizada de cabeza

## EPISODIO 2

### **DP - 410.01 IAM pared anterolateral episodio inicial**

- 414.01 Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa
- 414.11 Aneurisma de vasos coronarios
- 250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp.
- 401.9 Hipertensión no especificada
- 272.4 otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas
- 491.9 Bronquitis crónica no especificada
- 600.00 Hipertrofia (benigna) de próstata sin obstrucción urinaria ni otros síntomas del tracto urinario inferior.
- 305.1 Abuso de tabaco
- 305.02 Abuso de alcohol. Episódico

### **PP – 00.66 Angioplastia coronaria transluminal percutánea [actp]**

- 00.41 procedimiento sobre dos vasos
- 00.47 Inserción de tres stents vasculares
- 36.06 Inserción de stent(s) de arteria coronaria no liberador de fármacos
- 99.10 Inyección o infusión de agente trombolítico

**EPISODIO 3****DP – 427.32 Aleteo auricular**

- 428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada
- 585.9 Nefropatía crónica, no especificada
- 402.91 Enf. Cardíaca hipertensiva sin especificar. Con fallo c. cong.
- 531.00 Úlcera Gástrica Ag con hemorragia sin mención obstr.
- 285.1 Anemia posthemorrágica aguda
- 041.86 Helicobacter Pylori (h. Pylori)
- 424.1 Alteraciones de la válvula aórtica
- 244.0 Hipotiroidismo postquirúrgico
- 250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp.
- 278.00 Obesidad inespecífica
- 782.3 Edema
- V46.2 Administración de oxígeno
- V58.66 Uso prolongado de aspirina (actual)

**PP - 44.14 Biop. Cerrada de estomago [endoscópica]**

- 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

**EPISODIO 4****DP – 345.10 Epilepsia convulsiva general sin mención epilepsia incurable**

- 998.59 otras infecciones postoperatorias
- 038.0 Septicemia estreptocócica
- 041.4 Infección por Escherichia Coli
- 995.91 Sepsis
- 707.07 Talón
- 707.21 Úlcera por presión estadio I
- 707.09 otro sitio

319 Retraso mental no especificado  
278.01 Obesidad patológica  
E879.8 Reacción anormal a procedimientos especif.

**PP - 96.70 Ventilación mecánica continua de duración no especificada**

31.1 Traqueostomía temporal  
96.04 Inserción de tubo endotraqueal  
33.23 Otra broncoscopia

## EPISODIO 5

**DP – 402.91 Enf. Cardíaca hipertensiva sin especificar con fallo c.**

428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada  
519.8 Otras enf. Sistema respiratorio no clasif. Bajo otros concep.

250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no espe.

280.9 Anemia por carencia de hierro no especificada

V10.3 His. Personal de neoplasia mama

V10.83 His. Personal de otra neoplasia maligna de piel

V10.06 Hist. Personal de neoplasia recto, unión rectosigmoide y ano

V45.71 Ausencia de mama adquirida

V45.61 Extracción de cataratas

V43.1 Sustitución de cristalino

V60.6 Persona que vive en residencia

V89.65 Medición de gases en la sangre arterial sistémica

**PP - 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes**

## EPISODIO 6

**DP – 434.91 Oclusión de art. Cerebral no especificada con infarto cerebral**

342.90 hemiplejía no especificada afectación de lado no especificado.

784.5 Otras alteraciones del habla

401.9 Hipertensión no especificada

414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar  
491.20 sin exacerbación

518.83 Fracaso respiratorio crónico

427.31 Fibrilación auricular

999.2 Otras complicaciones vasculares, que complica  
atención médica

451.82 Flebitis tromboflebitis de venas superficiales de m.  
superior

278.00 Obesidad inespecífica

E879.8 Reacción anormal a procedimientos específicos. Otros  
no codificados

**PP - 87.03 Tomografía axial computerizada de cabeza**

## EPISODIO 7

### **DP – 518.81 Fracaso respiratorio**

- 488.1 Gripe debido a virus de la gripe A (h1n1) identificado
- 484.8 neumonía en otras enf. Infecc. Clasif. Bajo otro concepto
- 323.01 Encefalitis y encefalomiелitis en enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos
- 707.06 Úlcera por presión en tobillo
- 707.03 Úlcera por presión en parte inferior de la espalda
- V14.1 Hist. Personal de alergia a otro agente antibiótico

### **PP - 96.72 Ventilación mecan. Continua durante 96 h.**

- 96.04 Inserción de tubo endotraqueal
- 03.31 Punción espinal
- 87.03 Tomografía axial Computerizada de cabeza

## EPISODIO 8

### **DP – 428.9 Fallo cardíaco neom**

- 396.9 Enfermedades de válvula mitral y aórtica sin especificar
- 416.8 Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas
- 427.31 Fibrilación auricular
- 244.9 Hipotiroidismo no especificado
- V12.59 Historia personal de otras enfermedades del ap. Circulatorio
- V43.3 Sustitución de válvula cardíaca
- V45.61 Extracción de cataratas
- V43.1 Sustitución de cristalino

### **PP - 88.72 Ultrasonidos diagnósticos de corazón**

**EPISODIO 9****DP – 434.11 Embolia cerebral con infarto cerebral**

- 404.90 E.c y renal hip. No espec. Sin menc. Insuf. Cardíaca o renal congestiva
- 585.9 Nefropatía crónica, no especificada
- 428.9 Fallo cardíaco neom
- 427.32 Aleteo auricular
- 438.20 Hemiplejía afectando a un lado no especificado
- 250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp.
- 784.3 Afasia
- 238.71 Trombocitemia esencial
- 753.10 Enfermedad quística renal, no especificada
- V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo
- V45.79 Otras ausencias de órganos adquiridas
- V46.2 Administración de oxígeno
- V12.59 Historia personal de otras enfermedades del aparato circulatorio.

**PP - 87.03 Tomografía axial Computerizada de cabeza.****EPISODIO 10****DP – 162.9 N. Maligna de Bronquio y Pulmón sin especificar**

- 196.9 N. Maligna secundaria de sitio no especificado
- 198.5 N. Maligna secundaria de Huesos y Médula Ósea
- 112.84 Esofagitis Candidal
- 733.00 Osteoporosis no especificado

**PP - 77.49 Biopsia de otros hueso Ncoc**

- 44.13 Otra gastroscopia
- 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes
- 88.72 Ultrasonidos diagnósticos de corazón
- 87.42 Otra tomografía de tórax

## EPISODIO 11

### **DP – 410.01 Infarto agudo de miocardio pared anterolateral episodio de atención inicial**

- 414.01 Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa
- 239.1 N. Naturaleza no especificada de aparato respiratorio
- 478.30 Parálisis no especificada
- 518.81 Fracaso Respiratorio
- 458.29 Otra hipotensión iatrogénica
- 402.90 Enfermedad cardiaca hipertensiva sin especificar. Sin fallo cardíaco congestivo
- 250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no especificado no descompensada.
- 272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas.
- 305.1 Abuso de tabaco
- V10.46 Historia personal de neoplasia prostática

### **PP - 00.66 Angioplastia coronaria transluminal percutánea [actp] o Aterectomía coronaria.**

- 00.40 Procedimiento sobre un solo vaso
- 00.48 Inserción de cuatro o más stents vasculares
- 87.42 Otra tomografía de tórax
- 31.1 Traqueostomía temporal

## EPISODIO 12

**DP – 494.0 Bronquiectasias sin exacerbación aguda**

585.9 Nefropatía crónica, no especificada

534.40 Ulc. Gastroye. Cr o no especific. Con hemorragia sin obstrucc.

511.9 Derrame pleural no especificado

401.9 No especificada

250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp. No descomp

427.31 Fibrilación auricular

272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas

424.1 Alteraciones de la válvula aórtica

280.9 anemia por carencia de hierro no especificada

345.90 Epilepsia no especificada sin mención de epilepsia incurable

V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo

V12.01 Historia personal de tuberculosis

V15.82 Historia personal de uso de tabaco

V43.1 Sustitución de cristalino

V45.61 Extracción de cataratas

**PP - 87.42 Otra tomografía de tórax**

45.23 Colonoscopia

99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

## EPISODIO 13

**DP – 410.71 I.A.M Infarto subendocárdico epis. Atención inicial.**

- 414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar.
- 427.31 Fibrilación auricular.
- 401.9 Hipertensión no especificada.
- 272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas.
- 530.81 Reflujo esofágico
- 490 Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica
- 303.91 Otra dependencia alcohólica y neom- continua
- 305.1 Abuso de tabaco

**PP - 00.66 Angioplastia coronaria transluminal percutánea [actp] o Aterectomía coronaria**

- 00.40 Procedimiento sobre un solo vaso
- 00.46 Inserción de los stents vasculares
- 36.06 Inserción de stent(s) de arteria coronaria no liberador de fármacos
- 88.72 Ultrasonidos diagnósticos de corazón.

## EPISODIO 14

**DP – 427.89 otras disritmias cardíacas especificadas**

- 427.31 Fibrilación auricular
- 402.90 Enf. Cardíaca hipertensiva sin especificar sin fallo c.
- 272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas
- 250.00 Diabetes m. sin mención compl. Tipo II o no esp.
- 998.12 hematoma que complica un procedimiento
- V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo`
- E878.1 Interv. Quirúrgica con implant. De dispositivo int. Artificial

**PP - 37.82 Inser. Inicial de aparato cámara única, ritmo sensible**  
 37.71 Inserción inicial de derivación electrodos transvenosos ventri.

### EPISODIO 15

**DP – 491.21 Con exacerbación (aguda)**

- 518.81 Fracaso respiratorio
- 519.8 Otras enf. Sistema respiratorio no clasif. Bajo otros.
- 428.9 Fallo cardíaco neom
- 348.1 lesiones cerebrales anóxicas
- 426.4 Bloqueo rama derecha del fascículo
- 272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas
- 416.8 Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas
- 790.6 Otras anomalías de la composición química de la sangre.
- V46.2 Administración de oxígeno
- V43.65 Sustitución de articulación de rodilla

**PP - 93.90 Presión positiva continua de vía aérea [cpap]**

- 88.72 Ultrasonidos diagnósticos de corazón

## EPISODIO 16

**DP - 434.91 Oclusión de art. Cerebral no especifi. Con infarto cerebral**

- 342.90 Hemiplejía no especificada afectación de lado no especificada
- 351.0 Parálisis de Bell
- 707.09 Otro sitio
- 707.22 Úlcera por presión estadio II
- 402.90 Enf. Cardíaca hipertensiva sin especificar. Sin fallo c.
- 250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp.
- 715.90 Osteoartrosis sin especif. General o local-localiz n.
- V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo
- V43.65 Sustitución de articulación de rodilla
  
- V54.15 Cuidados posteriores para la consolidación de fractura traumática de la parte superior de la pierna

**PP - 87.03 Tomografía axial computerizada de cabeza**

## EPISODIO 17

**DP - 486 Neumonía organismo sin especificar**

- 491.21 con exacerbación (aguda)
- 519.11 Broncoespasmo agudo
- 038.9 Septicemia sin especificar
- 995.92 Sepsis severa
- 518.81 Fracaso respiratorio
- 785.51 Shock cardiogénico
- 428.1 Insuficiencia cardíaca de lado izquierdo
- 584.9 Insuficiencia renal aguda neom
- 531.40 Ulc. Gástrica cr. O no especif. Con hemorragia sin obstruc.

426.0 Bloqueo aurículo-ventricular completo  
416.8 Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas  
250.00 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp.  
401.9 Hipertensión no especificada  
447.9 Trastornos de arteria y arteriola no especificados  
303.91 Otra dependencia alcohólica y neom- continua  
272.4 otros hiperlipedemia y lipidemia no especificadas  
600.00 Hipertrofia (benigna) de próstata sin obstrucción  
urinaria ni otros síntomas del tracto urinario inferior  
787.91 Diarrea  
V43.1 Sustitución de cristalino  
V45.61 Extracción de cataratas  
V45.01 Marcapasos cardíaco  
V15.82 Historia personal de uso de tabaco

**PP - 96.72 Ventilación mecánica continua durante 96 h.  
consecutivas o no**

96.04 Inserción de tubo endotraqueal  
44.13 Otra gastroscopia

## EPISODIO 18

<b>DP - 434.01</b>	<b>Trombosis cerebral con infarto cerebral</b>
402.90	Enf. Cardíaca hipertensiva sin especificar, sin fallo c. cong
414.9	Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar
427.31	Fibrilación auricular
V58.61	Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo
<b>PP - 87.03</b>	<b>Tomografía axial Computerizada de cabeza</b>
88.72	Ultrasonidos diagnósticos de corazón

## GRDs CORRECTOS

### SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 2

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
808	5	Q	Procedimiento cardiovascular percutáneo con infarto agudo de miocardio, fallo cardiaco o shock

### GRD 808

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o shock a los que se les ha practicado angioplastia coronaria o valvuloplastia percutáneas, ablación percutánea de lesión cardiaca o estudio electrofisiológico. No se clasifican en este GRD los pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o shock a los que se les ha implantado un stent coronario pues se clasifican en el GRD 550, 852, 853 o 854.

## **SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 5**

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
<b>127</b>	<b>5</b>	<b>M</b>	Insuficiencia cardiaca y shock

### **GRD 127**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, shock, cardiopatía hipertensiva con fallo congestivo o enfermedad hipertensiva cardiorrenal con fallo congestivo y renal.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una intervención como: drenaje de absceso perianal, hemorroidecomía, fistulectomía anal, implantación, revisión o extracción de esfínter anal artificial o revisión de enterostomía.

**SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 10**

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
539	4	Q	Procedimientos respiratorios excepto procedimientos torácicos mayores con CC Mayor.

**GRD 539**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad respiratoria a los que se les ha practicado una intervención torácica menor como desbridamiento de herida o un procedimiento diagnóstico invasivo como toracoscopia. Además, estos pacientes tienen un diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como insuficiencia respiratoria aguda o neoplasia maligna secundaria.

## 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's, 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 los 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.

Seguidamente se describen las definiciones obtenidas del manual de descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico que se han derivado de los episodios prácticos y publicados por el Servicio vasco de Salud y que aportan una descripción más amplia que el literal del GRD. En aquellos GRD que tienen complicaciones y/o comorbilidades, nos aporta algunos ejemplos que aclaran aún más que pacientes pueden estar incluidos en estos GRD. A su vez se incorpora el peso del GRD para su valoración, actualizados para el año 2010.

### **GRD 878**

Traqueostomía con ventilación mecánica más de 95 horas sin procedimiento quirúrgico mayor o traqueostomía con un diagnóstico motivo del ingreso que no es de boca, laringe o faringe sin procedimiento quirúrgico mayor.

### **GRD 544**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, arritmia o trastorno de conducción cardiaca y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor. También se considera complicación mayor haber precisado marcapasos temporal, gastrostomía, enterostomía, nutrición enteral o parenteral, intubación endotraqueal o ventilación mecánica por determinadas situaciones clínicas. Los diagnósticos de complicación o comorbilidad mayor más frecuentes son: embolia pulmonar, edema agudo de pulmón, insuficiencia respiratoria o renal aguda, shock cardiogénico, parada cardiaca, neumonía, úlcera de decúbito, fibrilación ventricular o septicemia.

### **GRD 533**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema nervioso como: hemorragia cerebral traumática o no, oclusión cerebral con infarto cerebral, meningitis, neoplasias benignas o malignas, parálisis y enfermedades desmielinizantes. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor, como: insuficiencia respiratoria o insuficiencia renal aguda. También se considera complicación mayor haber precisado marcapasos temporal, gastrostomía, enterostomía, nutrición enteral o parenteral, entubación endotraqueal o ventilación mecánica por determinadas situaciones clínicas.

### **GRD 881**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por cualquier enfermedad respiratoria que ha precisado ventilación mecánica invasiva durante más de 95 horas consecutivas. Los diagnósticos más frecuentes son: insuficiencia respiratoria, neumonía o enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada.

### **GRD 014**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una oclusión (embolia, estenosis o trombosis) de las arterias cerebrales o precerebrales (carótida, basilar o vertebral) con infarto cerebral. También se incluyen los pacientes diagnosticados de Accidente cerebrovascular.

No se incluyen en el GRD 14 los pacientes:

a/ con ictus con infarto cerebral si se les ha administrado un trombolítico pues se clasifican en el GRD 880.

b/ con ictus sin infarto cerebral o ictus no especificado pues se clasifican en el GRD 15.

## **GRD 877**

Oxigenación extracorpórea ó traqueostomía con ventilación mecánica más de 95 horas con procedimiento quirúrgico mayor o Traqueostomía con un diagnóstico motivo del ingreso que no es de boca, laringe o faringe con procedimiento quirúrgico mayor.

## **GRD 541**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad respiratoria, excepto ciertas infecciones o inflamaciones pulmonares, bronquitis aguda o asma, y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como insuficiencia respiratoria aguda, neumonía o insuficiencia renal aguda. También se considera complicación mayor haber precisado marcapasos temporal, gastrostomía, enterostomía, nutrición enteral o parenteral, intubación endotraqueal o ventilación mecánica por determinadas situaciones clínicas. Los diagnósticos que más frecuentemente motivan el ingreso de estos pacientes son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada, neumonía, neoplasia pulmonar, bronquiectasias, fracturas costales o infección respiratoria sin especificar.

## **GRD 548**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se ha implantado o revisado un marcapasos o un desfibrilador cardiaco (incluido el de resincronización cardiaca). Además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: dehiscencia de herida operatoria, hemorragia postoperatoria, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal aguda, shock cardiogénico o neumonía.

## 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 nº 274 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 Neumología. Año 2010. Puerto Real: Hospital Universitario Puerto Real; 2011. Disponible en:  
<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>  
Reproducido con el permiso de 3M España, S.A.
- González-Outon, J. Romero, AF; Mejías IM, et al. Boletín de Codificación (CIE9-MC 7ª Edición) Unidad de Gestión Clínica de Cardiología. Año 2010. Puerto Real: Hospital Universitario Puerto Real; 2011. Disponible en:  
<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>  
Reproducido con el permiso de 3M España, S.A.

- González-Outon, J. Romero, AF; Mejías IM, et al. Boletín de Codificación (CIE9-MC 7ª Edición) Unidad de Gestión Clínica de Oncología. Año 2011. 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 respiratorio - Boletín 0. Año 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo, instituto de información Sanitaria.
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Aparato Respiratorio- Boletín 26, Año 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n26\\_06.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n26_06.pdf)
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA IE-9-MC. EDICIÓN 2010 PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Enfermedades del Sistema Respiratorio;. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales\\_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido\\_indb\\_oletines.htm](http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indb_oletines.htm)

- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA IE-9-MC. EDICIÓN 2010 PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Enfermedades del Sistema Circulatorio; Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales\\_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido\\_indb\\_oletines.htm](http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indb_oletines.htm)
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA IE-9-MC. EDICIÓN 2010 PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Neoplasias; Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.  
[http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales\\_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido\\_indb\\_oletines.htm](http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indb_oletines.htm)
- 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 (GRD`s), 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 *MEDICINA INTERNA*

## INVESTIACIÓN Y ANÁLISIS.

“GRD`S COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES ENTRE LAS ÁREAS MÉDICA Y FINANCIERA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. 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 medicina interna 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**