

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

SERVICIO DE **OBSTETRICIA**

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:

M^a José Rojas Lucena – TSADS.

Isabel García Gallegos - TSADS.

M^a Teresa Fructos Romero – 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 Axaquía.

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: 978-84-608-9664-7

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 **OBSTETRICIA****

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”.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CONCEPTO DE GRD Y CARACTERÍSTICAS GENERALES | 8 |
| CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE GRD..... | 8 |
| CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD Y ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN | 10 |
| ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE GRD..... | 12 |
| JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD | 13 |
| INDICE CASUÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL..... | 14 |
| | |
| VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS GRD | 16 |
| PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD | 17 |
| PROCESO PARA UNA CORRECTA CODIFICACIÓN CIE-9-MC | 19 |
| RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS | 20 |
| | |
| TABLA 1: LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA | 20 |
| TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA..... | 20 |
| TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA..... | 21 |
| ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD | 22 |
| TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL AÑO 2011 | 24 |

| | |
|---|-----------|
| TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS..... | 25 |
| EPISODIOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA | 26 |
| EPISODIO 1: SANGRADO DE HERIDA DE CESÁREA..... | 26 |
| EPISODIO 2: ADENOCARCINOMA DE CÉRVIX | 28 |
| EPISODIO 3: CESÁREA ELECTIVA Y BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL | 30 |
| EPISODIO 4: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | 32 |
| EPISODIO 5: INDUCCIÓN DEL PARTO POR OLIGOAMNIOS | 34 |
| EPISODIO 6: LEGRADO UTERINO EVACUADOR | 36 |
| EPISODIO 7: ABORTO DIFERIDO | 38 |
| EPISODIO 8: RPM, CESÁREA Y RPF | 40 |
| EPISODIO 9: PERFIL GLUCÉMICO | 42 |
| EPISODIO 10: NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO | 44 |
| | |
| CODIFICACIÓN CORRECTA | 46 |
| | |
| GRDs CORRECTOS..... | 50 |
| | |
| CONCLUSIONES | 52 |
| | |
| ANEXOS | 54 |
| | |
| REFERENCIAS | 56 |

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 GRDs, 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 él podamos comparar los datos en el ámbito local, autonómico, nacional e internacional.

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

INTRODUCCIÓN

Los resultados expuestos en este documento han sido elaborados por el Servicio de Documentación e Información Sanitaria 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 887 altas en el servicio de Obstetricia durante el año 2011, cribándose 15 GRDs representativos en cuanto a mayor peso general, más frecuentes y con mayor peso relativo. Los 5 GRDs con mayor peso que generan un consumo de recursos elevados, constan de un total de 11 altas, los 5 GRDs más frecuentes que engloban un mayor número de episodios con un total de 684 altas y los 5 GRDs de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 684 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 10 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Obstetricia y el porcentaje de asistencia respecto al resto de servicios durante el año 2011. Analizamos los GRDs 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 Obstetricia con respecto al resto de GRDs más habituales.

Realizamos un resumen sencillo y gráfico de los GRDs, 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 DE GRD Y CARACTERÍSTICAS

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 GRDs 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 secundario 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.

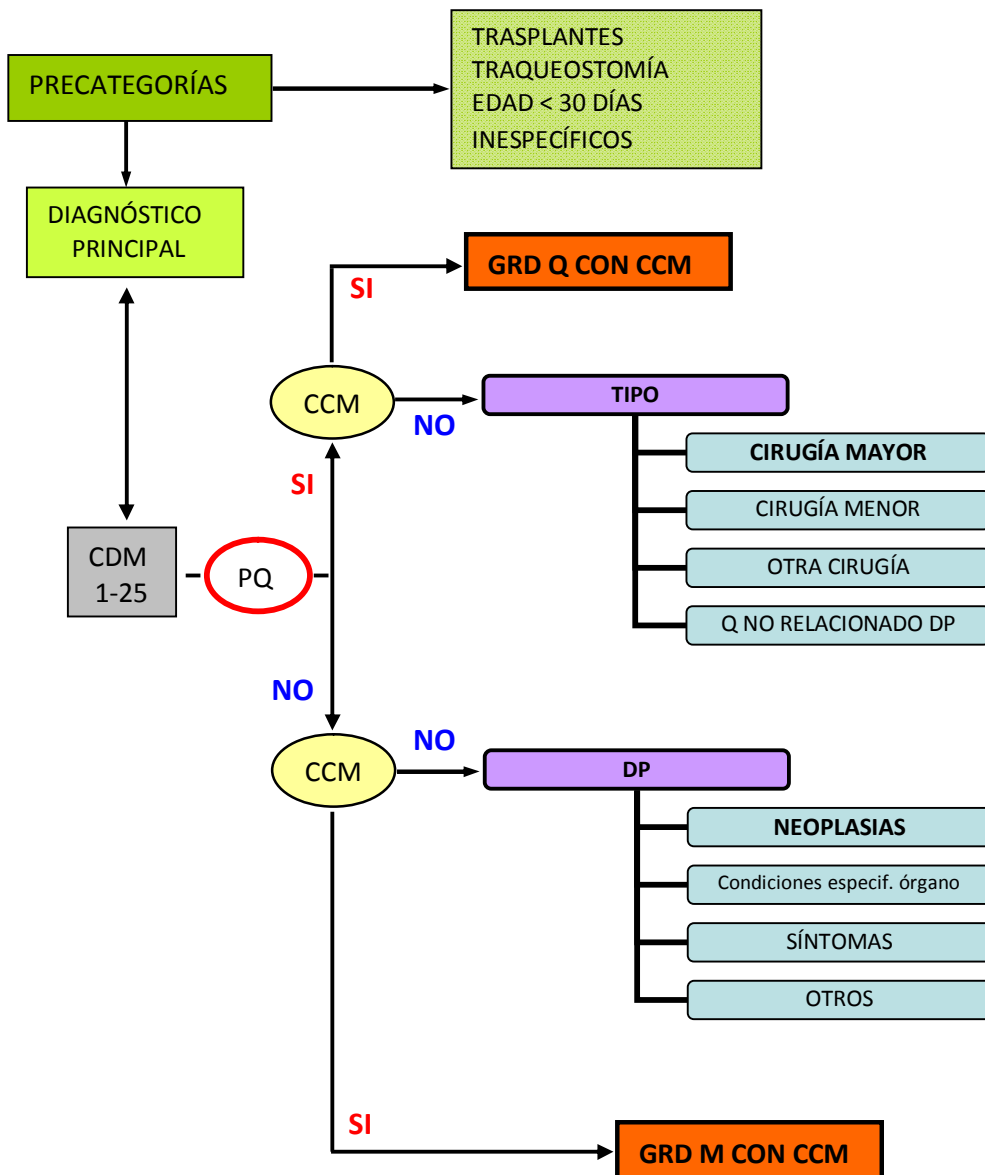
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón,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

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_{ih} = nº de altas en el GRDi en el hospital h

PRI = peso relativo del GRDi

Peso 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 (Bypass 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

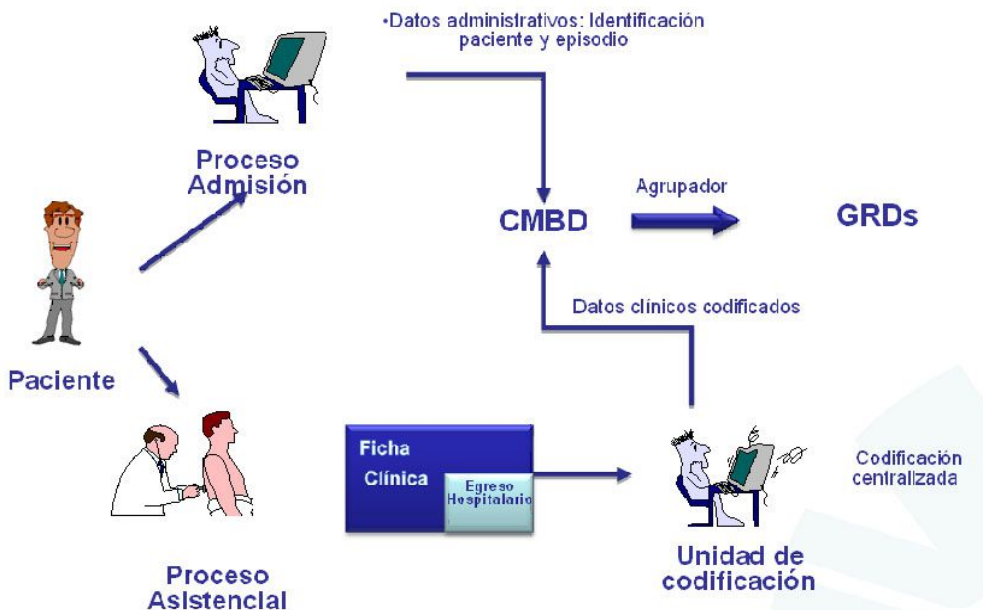
VENTAJAS

- 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

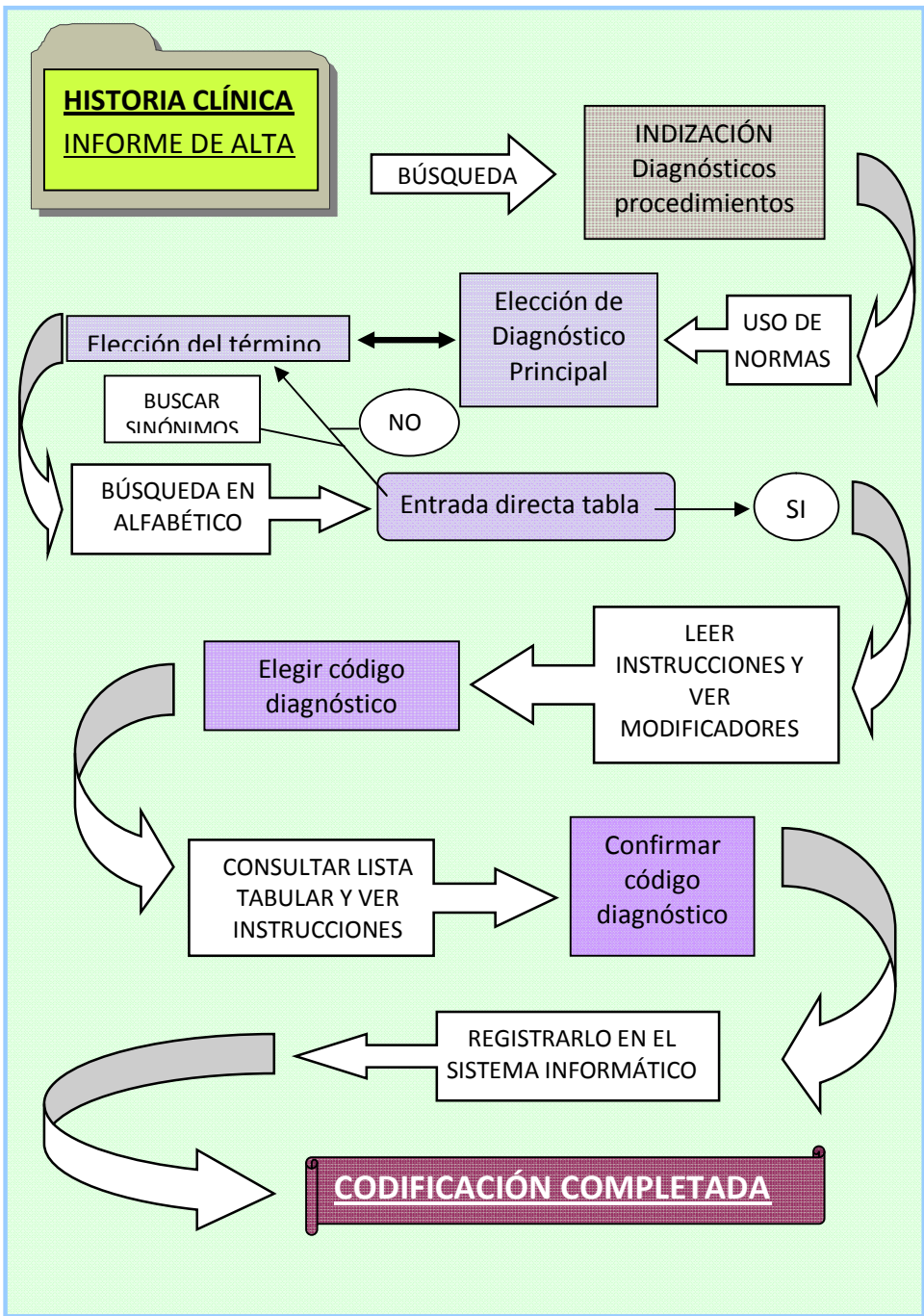


Este proceso es imprescindible para que el agrupador llegue al GRD de una CDM y no a otra, existiendo un entramado de decisiones que se alimenta de todas las variables. La codificación es la normalización del lenguaje verbal, transformándolo en números, permitiendo el tratamiento de la información. En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



RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS.

En el servicio de obstetricia durante el año 2011 se han generado un total de 887 episodios, entre los cuales, hemos seleccionado los 15 GRD más significativos, según su peso, su frecuencia y su peso relativo.

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

| <u>GRD</u> | CDM | TIPO | PESO | Nº PACIENTES | ESTANCIA MEDIA |
|-------------------|------------|-------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| 087 | 4 | M | 1,50 | 1 | 1 |
| 353 | 13 | Q | 3,05 | 1 | 6 |
| 366 | 13 | M | 1,78 | 1 | 2 |
| 377 | 14 | Q | 1.22 | 1 | 2 |
| 650 | 14 | Q | 1,49 | 7 | 4,43 |

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

| <u>GRD</u> | CDM | TIPO | PESO | Nº PACIENTES | ESTANCIA MEDIA |
|-------------------|------------|-------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| 373 | 14 | M | 0,58 | 263 | 2,68 |
| 372 | 14 | M | 0,70 | 146 | 2,97 |
| 886 | 14 | M | 0,60 | 127 | 2,33 |
| 370 | 14 | Q | 1,08 | 58 | 4,43 |
| 381 | 14 | Q | 0,58 | 90 | 1,49 |

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

| GRD | CDM | TIPO | PESO | Nº PACIENTES | ESTANCIA MEDIA |
|------------|------------|-------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| 373 | 14 | M | 0,58 | 263 | 2,68 |
| 372 | 14 | M | 0,70 | 146 | 2,97 |
| 886 | 14 | M | 0,60 | 127 | 2,33 |
| 370 | 14 | Q | 1,08 | 58 | 4,43 |
| 381 | 14 | Q | 0,58 | 90 | 1,49 |

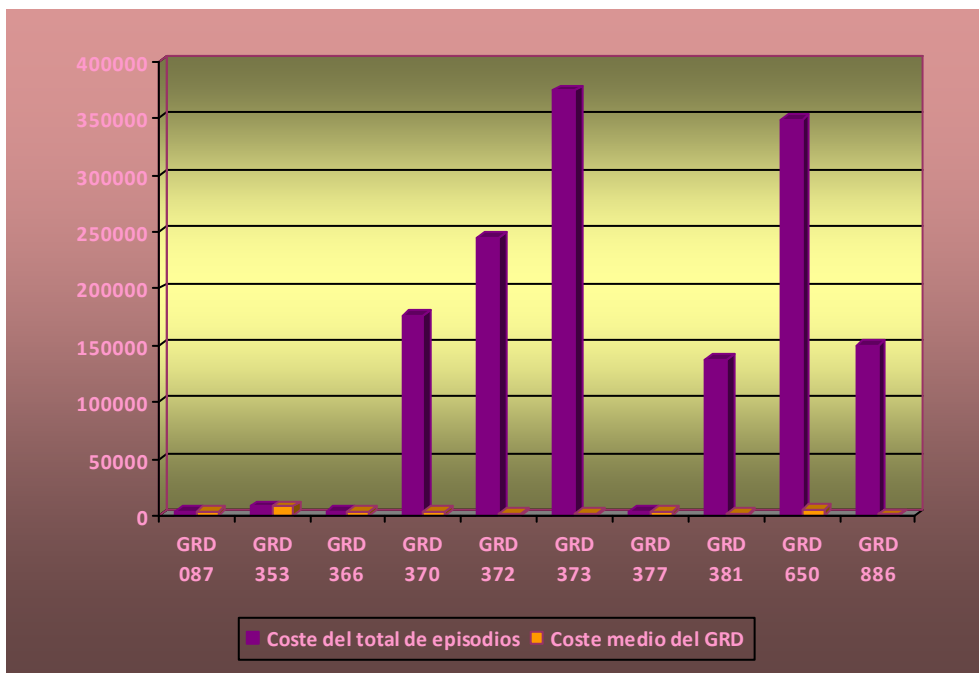
Analizando las tablas comprobamos que de los 695 episodios analizados el 77,41% son de tipo médico, con lo que se comprueba cómo influye el tratamiento en el aumento del peso del servicio.

En la tabla 1 podemos apreciar, que no estamos ante un servicio de mucha complejidad precisamente, ante los 5 GRD de más peso, tan solo encontramos 11 pacientes.

En la tabla 2 el 78,36% de los episodios son de tipo médico. Siendo los GRD 373 y 372, parto vaginal sin y con complicación respectivamente, los más frecuentes. Entre un GRD y otro hay una diferencia de 200 euros, siendo la estancia media muy similar, de lo cual podemos deducir, que en sólo 0,31 días, unas horas de más se resuelven episodios de parto más complejos.

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 Obstetricia.

ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD



| | GRD 087 | GRD 353 | GRD 366 | GRD 370 | GRD 372 | GRD 373 | GRD 377 | GRD 381 | GRD 650 | GRD 886 |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Coste medio del GRD | 3749,5 | 8177,5 | 4154,7 | 3036,4 | 1680 | 1422,6 | 3400,6 | 1529,6 | 4980,2 | 1178,1 |
| Coste total de episodios | 3749,5 | 8177,5 | 4154,7 | 176111,2 | 245280 | 374143,8 | 3400,6 | 137664 | 348614 | 149618,7 |

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 menor, 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 |
|--------------------------------|-------|------|------------------|------|-----------|--------------|
| OBSTETRICIA | 887 | 0.65 | 2388 | 2.69 | 0 | 0,00% |
| TOTAL HOSPITAL COMARCAL | 4270 | 1,49 | 25409 | 5,95 | 228 | 5,34% |



| SAS GRUPO IV | | |
|--------------------------------|------|------------------|
| EM ESPERADA | IUE | IMPACTO ESTANCIA |
| 3.55 | 0,76 | -763,9 |
| TOTAL HOSPITAL COMARCAL | | |
| 6,62 | 0,90 | -2864,13 |

| TODO EL SAS | | |
|--------------------------------|------|------------------|
| EM ESPERADA | IUE | IMPACTO ESTANCIA |
| 3,06 | 0,88 | -327,45 |
| TOTAL HOSPITAL COMARCAL | | |
| 6,49 | 0,92 | -2293,21 |

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

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

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

EPISODIOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

EPISODIO 1: SANGRADO DE HERIDA DE CESÁREA

F. Ingreso: 06/07/2011

F. Alta: 17/07/2011

Antecedentes personales:

Tromboembolismo pulmonar en primer trimestre del embarazo, actualmente anticoagulada.

HTA crónica de base.

Hipertiroidismo autoinmune (enfermedad de Graves) en tratamiento antitiroideo.

Obesidad

Antecedente ginecológicos: TM: 4/28

Antecedentes obstétricos: Paridad G1 P1 A0. Cesárea el 28/06/2011.

Motivo de ingreso:

Mujer de 34 años, que ingresa en nuestro servicio por sangrado abundante de la herida quirúrgica tras la cesárea. A su ingreso presenta sangrado abundante en ángulo derecho de la herida. Exploración ginecológica dentro de la normalidad. Lactancia artificial.

Evolución y tratamiento hospitalario:

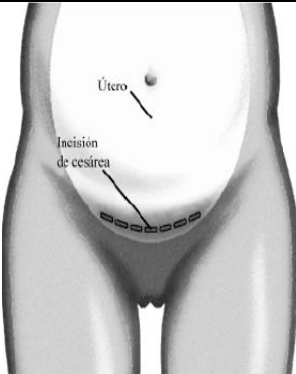
Se reajusta pauta de heparina de bajo peso molecular y se suspende dicumarínico oral. Se inicia antibioterapia para prevención de infección de la herida y se practican curas locales con mejoría sintomática a lo largo de su ingreso.

Es dada de alta con herida abierta en ambos flancos, con tejido de granulación adecuado y limpio. No hay signos de infección en la actualidad y drena material serohemático en cantidad escasa, por lo que se decide alta hospitalaria y curas en el centro de salud.

DIAGNÓSTICO: **SANGRADO DE HERIDA DE CESÁREA**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 1 | | |
|-------------------|----------------|---|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | |  |

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|---|
| 087 | 4 | M | Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria |

EPISODIO 2: ADENOCARCINOMA DE CÉRVIX

F. Ingreso: 07/06/2011

F. Alta: 13/06/2011

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Motivo de ingreso:

Paciente de 43 años de edad que ingresa para intervención programada por presentar adenocarcinoma de cerviz G1.

En RMN, masa sólida en pared lateral izquierda de cerviz de 18 mm. No signos de invasión de tejidos adyacentes ni afectación ganglionar. EBA: parámetros libres.

Evolución y tratamiento hospitalario:

Estudio preoperatorio normal.

El 08/06/2011 se realiza Histerectomía radical Wertheim-Meiss sin incidencias.

Postoperatorio normal

DIAGNÓSTICO: ADENOCARCINOMA DE CERVIX. HISTERECTOMÍA RADICAL TIPO WERTHEIM-MEISS

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 2 | | |
|-------------------|----------------|-----------|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | | |



| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|---|
| 353 | 13 | Q | Evisceración pélvica, histerectomía radical y vulvectomía radical |

EPISODIO 3: CESÁREA ELECTIVA Y BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL

F. Ingreso: 04/05/2011

F. Alta: 08/05/2011

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Gestante con embarazo a término que ingresa para cesárea programada por feto en pelviana.

El día 04/05/2011 a las 13.40 horas, se realiza cesárea por nalgas y ligadura bilateral de trompas. Nace varón de 3180 gramos con test de Apgar a los cinco minutos de 10.

Evolución postoperatoria satisfactoria. Lactancia materna

Grupo y Rh materno: 0; Positivo

Grupo y Rh del R.N.: 0; Negativo

Hemograma post cesárea: Hb: 9.8 mg/dl; Hto: 28.3%


Se administra al recién nacido la primera dosis de la vacunación antihepatitis B.

DIAGNÓSTICO: CESÁREA ELECTIVA POR PRESENTACIÓN DE NALGAS + BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL. ANEMIA MODERADA.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 3 | | |
|-------------------|----------------|------------------|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |



Las trompas de Falopio se ligan y luego se cortan por separado

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|--------|
| | | | |

EPISODIO 4: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

F. Ingreso: 22/11/11

F. Alta: 24/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Antecedentes personales:

Grupo y Rh: 0 Positivo

Alergias medicamentosas: no conoce

Hábitos tóxicos: no

Antecedentes ginecológicos: TM 7/35

Antecedentes obstétricos: Paridad G2 P1 A0. FUR: 14/02/2011

Motivo de ingreso

Mujer de 36 años, gestante de 40+1 semanas que ingresa en nuestro servicio por rotura prematura de membranas.

Exploración al ingreso

TA: normal Tª: Afebril

Posición: Longitudinal Presentación: Cefálica

Latido cardíaco fetal: Positivo

Cérvix permeable a un dedo

Bolsa amniótica: Rota

Tipo de parto:

A las 13,10 horas del día 22/11/2011 se asiste nacimiento de feto varón de 3170 gr. Apgar: 9/10

Evolución y tratamiento hospitalario


Puerperio inmediato

Lactancia artificial: se inhibe la lactancia con dostinex

DIAGNÓSTICO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. PARTO EUTOCICO. EPISIOTOMIA. INHIBICION DE LA LACTANCIA.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 4 | | | |
|-------------------|----------------|---|--------|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E | |
| DP: | PP: | | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V | |
| | | | |
| | |  | |
| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
| | | | |

EPISODIO 5: INDUCCIÓN DEL PARTO POR OLIGOAMNIOS

F. Ingreso: 19/12/11

F. Alta: 22/12/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Tercigesta con embarazo a término que ingresa para inducción por oligoamnios. Tras un periodo de latencia de 7 horas comienza con trabajo de parto.

Parto dirigido con finalización eutócica; el día 19/12/2011 a las 21,55 horas. Nace varón de 3730 gramos. Con test de Apgar a los cinco minutos de 10.

Evolución puerperal sin complicaciones. Lactancia artificial. Se inhibe la lactancia con Dostinex.

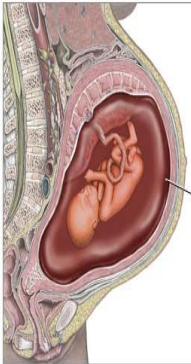
Grupo y Rh Materno A; negativo
Grupo y Rh del R.N: A ; Negativo
Hemograma: Hb: 11.8 gr/dl; 35.3%

Se administra al recién nacido la primera dosis de la vacunación antihepatitis B.

DIAGNÓSTICO: INDUCCION DEL PARTO POR OLIGOAMNIOS. PARTO EUTÓCICO.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 5 | | | |
|-------------------|----------------|--|---|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E | |
| DP: | PP: | | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V | |
| | | | |
| | |  <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Polihidramnios es el exceso de líquido amniótico que rodea al feto</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small; margin-top: 5px;">ADAM.</p> | |
| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
| 373 | 14 | M | Parto vaginal sin diagnóstico complicado. |

EPISODIO 6: LEGRADO UTERINO EVACUADOR

F. Ingreso: 17/02/11

F. Alta: 19/02/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 33 años, con antecedentes de legrado uterino evacuador por aborto diferido el 12/02/2011 que acude a urgencias por dolor en hipogastrio y sangrado vaginal abundante.

En ecografía vaginal se observa imagen intracavitaria compatible con restos decíduocoriales, por lo que es ingresada para nuevo legrado.

El día 18/02/2011 se realiza legrado uterino evacuador sin incidencias.

Ecografía al alta: endometrio heterogéneo de 15 mm, mioma intramural con mínimo componente submucoso en canto izquierdo, de 23 por 36 mm.

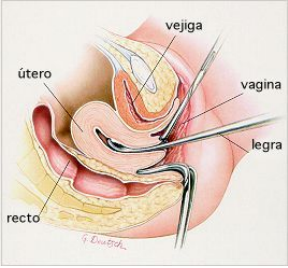
Grupo y Rh: B positivo

DIAGNÓSTICO: LEGRADO UTERINO EVACUADOR

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA

COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 6 | | |
|--------------|----------------|---|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | |  |

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|------------|-----------|----------|---|
| 377 | 14 | Q | Diagnóstico postparto y postaborto con procedimiento. |

EPISODIO 7: ABORTO DIFERIDO

F. Ingreso: 18/08/11

F. Alta: 19/08/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Antecedentes personales: Un legrado uterino. Alergias: no conoce
Hábitos tóxicos: NO
Antecedentes ginecológicos y obstétricos: G3 P1 A1

Motivo de ingreso

Mujer de 40 años, que ingresa en nuestro servicio por metrorragia de primer trimestre y amenorrea de 9 semanas.

Exploración

Sangrado vaginal escaso. Cérvix cerrado

Pruebas complementarias

Ecografía vaginal: embrión de 5 semanas con latido negativo. Aborto diferido

Intervención quirúrgica

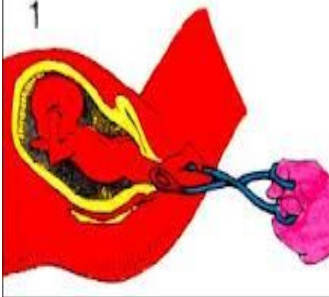
Tras practicarse estudios preoperatorios que no contraindican intervención, el 18/08/2011 se practica legrado uterino evacuador bajo anestesia general.

El postoperatorio cursa con normalidad. Es dada de alta en buen estado.

DIAGNÓSTICO: ABORTO DIFERIDO. LEGRADO UTERINO EVACUADOR.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 7 | | |
|-------------------|----------------|--|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | | <div style="display: flex; align-items: center;"> 1  </div> |

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|---|
| 381 | 14 | Q | Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía. |

EPISODIO 8: RPM, CESÁREA Y RPB

F. Ingreso: 08/11/11

F. Alta: 12/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Antecedentes personales: Síndrome de ansiedad. Hipotiroidismo. Intervenida de reducción mamaria. No alergias conocidas a medicamentos.

Gestante con embarazo bien controlado y tolerado, conseguido por FIV-TE.

SOG 50 patológico- Insulinoterapia

Serología negativa, Rubeola inmune.

IRP bajo, Eco 20 normal.

Motivo de ingreso:

Ingresas con rotura prematura de membranas y pródromos de parto a las 37 semanas.

El día 08/11/2011 a las 17,10 horas, se realiza cesárea por no progresión del parto, fiebre materna y riesgo de pérdida de bienestar fetal. Nace mujer de 3440 gramos con test de Apgar a los cinco minutos de 10.

Evolución postoperatoria satisfactoria. Lactancia artificial. Se inhibe la lactancia con Dostinex.

Grupo y Rh materno: 0; Negativo

Grupo y Rh del R.N.: 0; Negativo


Hemograma: Hb: 9.3 gr/dl: Hto: 28.9%

Se administra al recién nacido la primera dosis de la vacunación antihepatitis B.

DIAGNÓSTICO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. CESÁREA POR NO PROGRESIÓN Y RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL. ANEMIA MODERADA. DIABETES GESTACIONAL.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 8 | | |
|-------------------|----------------|--|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: small;">Tapón mucoso</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: small;">Saco amniótico roto</p>  </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: x-small; margin-top: 10px;">AD</p> |

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|--------------------------------|
| 650 | 14 | Q | Cesárea de alto riesgo con cc. |

EPISODIO 9: PERFIL GLUCÉMICO

F. Ingreso: 18/03/11

F. Alta: 22/03/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Primigesta de 48 años que ingresa procedente de consulta con el diagnóstico de diabetes gestacional. Gestación de curso fisiológico hasta la fecha (28+4 S.A).


Se realiza perfil metabólico con dieta 2500 Kcal/día más dos suplementos, más doce unidades de insulina NPH.

Los controles de glucemia en sangre, así como los de glucosurias y cetonurias han estado dentro de la normalidad.

DIAGNÓSTICO: PERFIL GLUCÉMICO

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 9 | | |
|-------------------|----------------|--|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | |  <p style="font-size: small;"> Diabetes gestacional Niveles sanguíneos altos de glucosa en la madre Le proporcionan glucosa adicional al bebé Hacen que el bebé aumente de peso </p> |

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|--|
| 886 | 14 | M | Otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico. |

EPISODIO 10: NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO

F. Ingreso: 19/03/11

F. Alta: 21/03/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 62 años, estudiada por el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de probable tumoración ovárica maligna, acude de urgencias el día 19/03/2011 por aumento del perímetro abdominal.

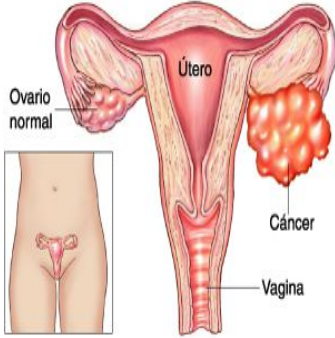
Se realiza paracentesis evacuadora, mejorando la clínica que presentaba la paciente.

Tras informar a la señora y completar el estudio preoperatorio se programa laparotomía exploradora para el próximo 30/03/2011.

DIAGNÓSTICO: ASCITIS. PARACENTESIS EVACUADORA. SOSPECHA DE Ca DE OVARIO.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

| EPISODIO 10 | | |
|--------------------|----------------|---|
| DIAGNÓSTICOS | PROCEDIMIENTOS | CÓDIGOS E |
| DP: | PP: | |
| OTROS: | OTROS: | CÓDIGOS V |
| | | |
| | |  |

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|--|
| 366 | 13 | M | Neoplasia maligna del aparato genital femenino con CC. |

CODIFICACIÓN CORRECTA

EPISODIO 1

DP- 674.34 Otra complicación herida quirúrgica obstétrica- complicación de puerperio

401.9 Hipertensión no especificada

242.00 Bocio Tóxico difuso sin crisis

278.00 Obesidad inespecífica

EPISODIO 2

DP- 180.0 Neoplasia maligna de endocervix uterino

68.69 Otra histerectomía abdominal radical y la no especificada

PP- 88.97 Resonancia magnética nuclear de otros sitios especificados

EPISODIO 3

DP- 652.21 Presentación nalgas S Verson- parida c/s patología Anteparto/parto

648.21 Anemia embarazo/parto/puerperio-parida c/s patología Anteparto/parto

V25.2 Atención contraceptiva-esterilización

V27.0 Resultado alumbramiento-nacido vivo único

PP- 74.1 Cesárea cervical baja

66.32 Otra ligadura y sección bilateral de trompas de Falopio



EPISODIO 4

DP- 658.11 Ruptura prematura membranas- parida c/s patología Anteparto/parto

645.11 Embarazo postérmino (40-42 semanas)- parto, con/sin patología

676.51 Supresión lactancia, parida c/s patología anteparto/parto

V27.0 Resultado alumbramiento-nacido vivo único

PP- 73.6 Episiotomía

73.59 Otros parto asistido manualmente

75.34 Otra revisión fetal

EPISODIO 5

DP- 658.01 Oligohidramnios-parida, con7sin patología Anteparto/parto

676.51 Supresión de lactancia-parida, c7sin patología Anteparto/parto

664.01 Desgarro perineal primer grado-parida c/s patología anteparto/parto

659.61 Otra edad avanzada madre, parto con7sin mención estado anteparto

V27.0 Resultado alumbramiento-nacido vivo único

PP- 73.4 Inducción médica de parto

73.59 Otro parto asistido manualmente

75.34 Otra revisión fetal

75.31 Amnioscopia

75.69 Reparación de desgarro

EPISODIO 6

DP- 639.1 Hemorragia retardada o excesiva (postaborto y embarazo ectópico/molar)

218.0 Leiomioma uterino submucoso

PP- 69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto

88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperitoneo

EPISODIO 7

DP- 632 Aborto fallido

PP- 69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto

88.78 Ultrasonidos diagnósticos de útero grávido

EPISODIO 8

- DP- 658.11 Ruptura Prematura membranas-parida c/s patología anteparto/parto**
- 659.71 Anormalidad ritmo o frecuencia cardíaca fetal, nacido
 - 653.41 Desproporción fetopélvica-parida, con/sin patología anteparto/parto
 - 648.81 Glucosa anormal embarazo/parto/puerperio-parida c/s Patología anteparto/parto
 - 648.21 Anemia embarazo/parto/puerperio-parida c/s Patología anteparto/parto
 - 676.51 Supresión lactancia-parida, c/s pat. Anteparto/parto
 - V27.0 Resultado alumbramiento-nacido vivo único
- PP- 74.1 Cesárea cervical baja**
- 75.34 Otra revisión fetal

EPISODIO 9

- DP- 648.83 Glucosa anormal en embarazo-complicación anteparto**
- 659.53 Primigrávida complicación anteparto

EPISODIO 10

- DP- 183.0 Neoplasia maligna de ovario**
- 789.59 Ascitis
- PP- 54.91 Drenaje abdominal percutáneo**

GRDs CORRECTOS

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 3

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|------------|-----------|----------|----------------|
| 370 | 14 | Q | Cesárea con cc |

GRD 370. Cesárea con CC.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que se les ha practicado una cesárea. Además, estas pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: anemia, infección puerperal, infección urinaria o preeclampsia.

Se excluyen de este grd las cesáreas de alto riesgo que se agrupan en los grd 650 ó 651.

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 4

| GRD | CDM | TIPO | TÍTULO |
|-----|-----|------|--|
| 372 | 14 | M | Parto vaginal con diagnóstico complicado |

GRD 372. Parto vaginal con diagnóstico complicado

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas en las que el parto se produce por vía vaginal incluyendo los partos instrumentales. El motivo del ingreso fue un diagnóstico clasificado como complicado tal como rotura prematura de membranas, eclampsia o placenta previa, o bien, un diagnóstico como prematuridad, cesárea previa o embarazo prolongado que además tenía otro diagnóstico de los comentados como complicados.

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 GRDs, 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 GRDs 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 número 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 GRDs son instrumentos que pueden facilitarnos la toma de decisiones.

ANEXOS

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 087

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria o edema pulmonar no cardiogénico.

GRD 353

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica a las que se les ha practicado histerectomía radical por cualquier acceso, vulvectomía radical, evisceración pélvica o linfadenectomía aórtica, ilíaca o inguinal.

GRD 373

Es un grd médico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas en las que el parto se produce por vía vaginal incluyendo los partos instrumentales. Los motivos de ingreso más frecuentes son parto absolutamente normal, parto instrumental que no especifica el motivo o alteraciones del pH y, además, no tiene ningún otro diagnóstico clasificado como complicado.

GRD 377

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas tras un parto o un aborto a las que se les practica cualquier intervención. Lo más frecuente en un legrado.

GRD 381

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por cualquier tipo de aborto a las que se les ha practicado dilatación y legrado por aspiración o histerotomía.

GRD 650

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que se les practica una cesárea y que ingresaron por un diagnóstico clasificado como complicado como: hemorragia por placenta previa, desprendimiento de placenta, hipertensión o parto prematuro.

Además, estas pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como anemia postparto o infección urinaria.

GRD 886

Es un GRD médico que agrupa a pacientes embarazadas que ingresan y son dadas de alta antes de producirse el parto pero además, no se le ha practicado un procedimiento quirúrgico. Los motivos del ingreso más frecuentes son hiperémesis gravídica, hemorragia anteparto o infección urinaria.

GRD 366

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por una neoplasia ginecológica maligna primaria, secundaria, in situ o de comportamiento incierto.

Además, estas pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: metástasis peritoneales, hepáticas, pulmonares o pleurales, o bien, el tumor primario cuando el motivo de ingreso fue la metástasis.

REFERENCIAS

- Ministerio de Sanidad y Consumo
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2010/NO_RMA_2010_AP_GRD_V25_TOTAL_SNS.pdf
- AP-DRGs All Patient Diagnosis Related Groups Definitions Manual Version 23.0
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº274 pág: 40.126
- Manual de descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico. (AP-GRD v.25.0) Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza. Servicio vasco de salud. Septiembre 2010.
- González-Outon, J. Romero, AF; Mejías IM, et al. Boletín de Codificación (CIE9-MC 7ª Edición) Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia. Año 2010. Puerto Real: Hospital Universitario Puerto Real; 2011. Disponible en:
<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>
Reproducido con el permiso de 3M España, S.A.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 9 revisión Modificación Clínica, 7ª Edición; Ministerio de Sanidad y Política Social.
- CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2010. NORMAS GENERALES. Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2010

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantilla/s/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: Embarazo, Parto y Puerperio - Boletín 2. Año 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo, instituto de información Sanitaria.

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion clinica n02 95.pdf>

- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio - Boletín 23, Año 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion clinica n23 05.pdf>

Boletín de codificación CIE-9-MC: 11. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Servicio Andaluz de Salud

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/li stado.asp?mater=9#>

- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema Nacional de Salud.

- Javier Cabo Salvador. Director del Departamento de Gestión Sanitaria del CEF.

<http://www.gestion-sanitaria.com/>

- EL ABC DE LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICOS. Dr. Héctor Mimenza Ponce. Médico oncólogo, especializado en planeación de sistemas de salud.

- LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRDs), UN SISTEMA DE GESTIÓN CLÍNICA. <http://ortopedia.rediris.es/tribun>

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

SERVICIO DE **OBSTETRICIA**

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.

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