

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

SERVICIO DE **TRAUMATOLOGÍA**

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.

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 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

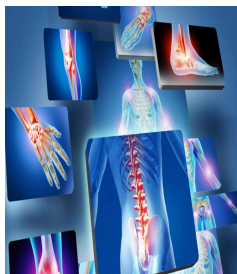
ISBN: 978-84-608-9702-6

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 **TRAUMATOLOGÍA**

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

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	8
CONCEPTO GRD y CARACTERÍSTICA GENERALES	9
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
VENTAJAS E INCONVENIENTES	17
PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD	18
PROCESO DE CODIFICACIÓN CORRECTA CIE-9-MC	19
RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS	20
TABLA 1:LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.....	20
TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.....	20
TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.....	21
ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD	22

TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA EN EL AÑO 2011	24
TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS EN EL AÑO 2011.....	25
EPISODIOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA, EJERCICIOS Y GRD`s ASIGNADOS	26
Episodio 1 – GRD 583. HERIDA ABIERTA DE PIE	26
Episodio 2 – GRD 211. FRACTURA PERTROCANTÉREA	29
Episodio 3 – GRD 558. FRACTURA PERTROCANTÉREA	31
Episodio 4 – GRD 219. FRACTURA DE DUPUYTREN DE TOBILLO	33
Episodio 5 – GRD 471. GONARTROSIS	35
Episodio 6 – GRD 210. FRACTURA PERTROCANTÉREA	37
Episodio 7 – GRD 559. COMPLICACIÓN MECÁNICA DE DISPOSITIVO..	39
Episodio 8 – GRD 818. ARTROSIS DE CADERA	41
Episodio 9 – GRD 558. COMPLICACIÓN POR PRÓTESIS	43
Episodio 10 – GRD 210. FRACTURA PERTROCANTÉREA	45
Episodio 11 – GRD 559. RETARDO DE CONSOLIDACIÓN	47
Episodio 12 – GRD 209. ARTROSCOPIA DE LAVADO	49
Episodio 13 – GRD 558. LUXACIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR	51
Episodio 14 - GRD 219. FRACTURA DE RÓTULA ABIERTA	53
Episodio 15 –GRD 793. FRACTURA INTRACAPSULAR DE FÉMUR	55
Episodio 16 – GRD 209. GONARTROSIS	58
Episodio 17 – GRD 818. COXARTROSIS	60
Episodio 18 – GRD 211. FRACTURA PERTROCANTÉREA	62

CODIFICACIÓN CORRECTA64
GRD`s CORRECTOS74
CONCLUSIONES76
ANEXOS78
REFERENCIAS81

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

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

INTRODUCCIÓN

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

Se ha explotado un número total de 440 altas en el servicio de Traumatología 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 245 altas y los 5 GRD`s de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 245 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 18 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Traumatología 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 Traumatología 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 rellenarles 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 (\sim /=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.

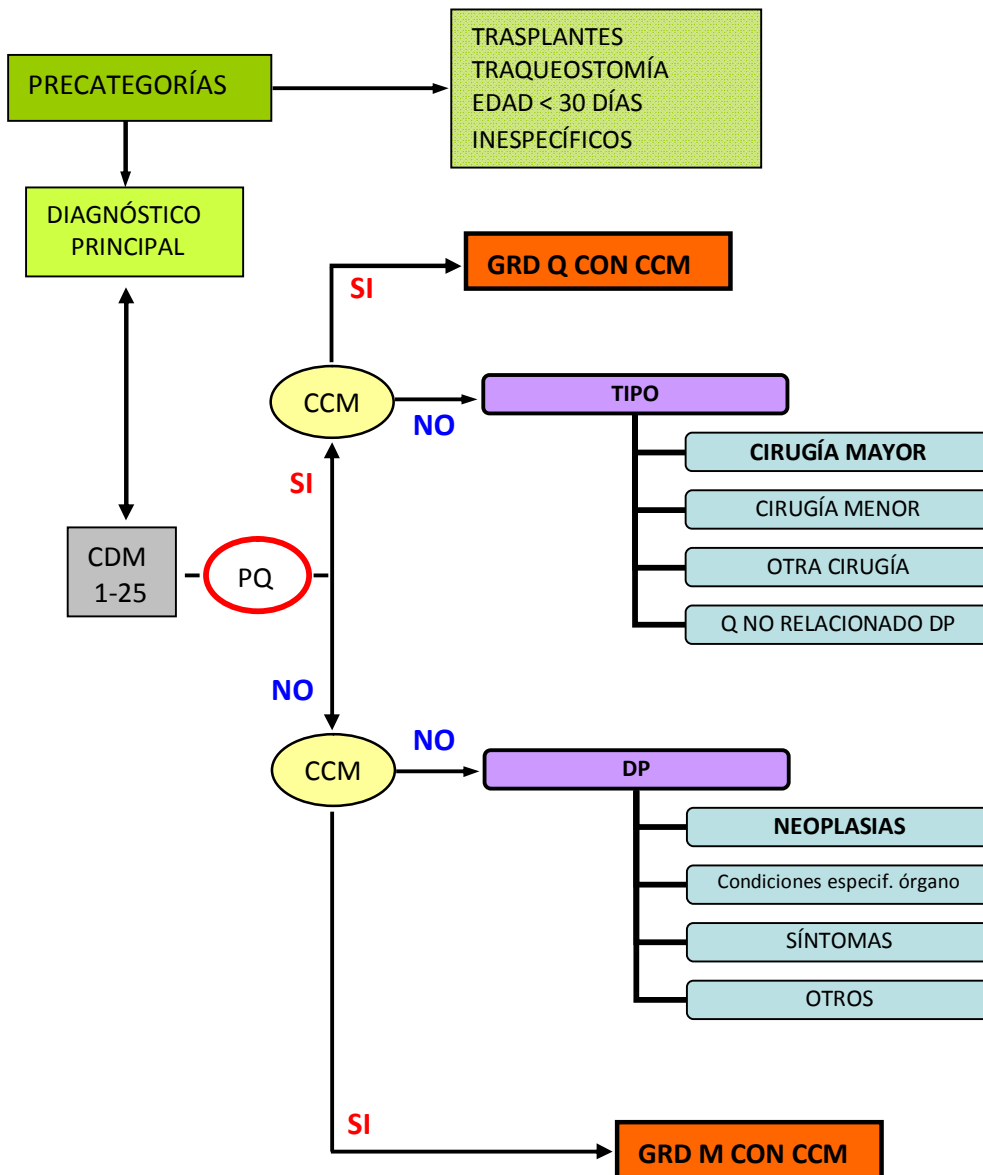
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón,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

$$ICP = \frac{\sum (Nih \times Pri)}{\sum Nih}$$

I = GRDi

H = hospital h

Nih = 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

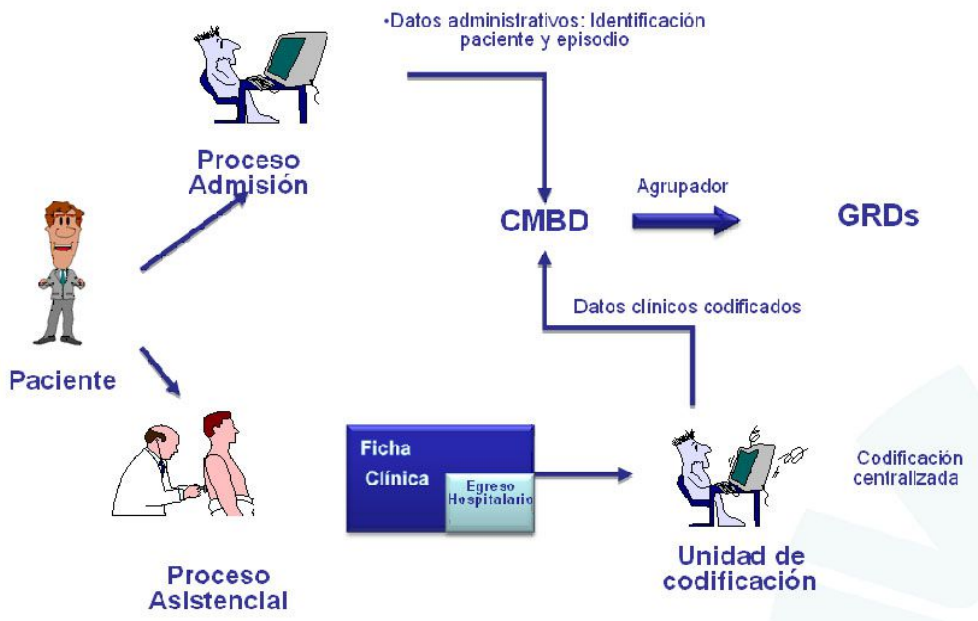
VENTAJAS

- 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.

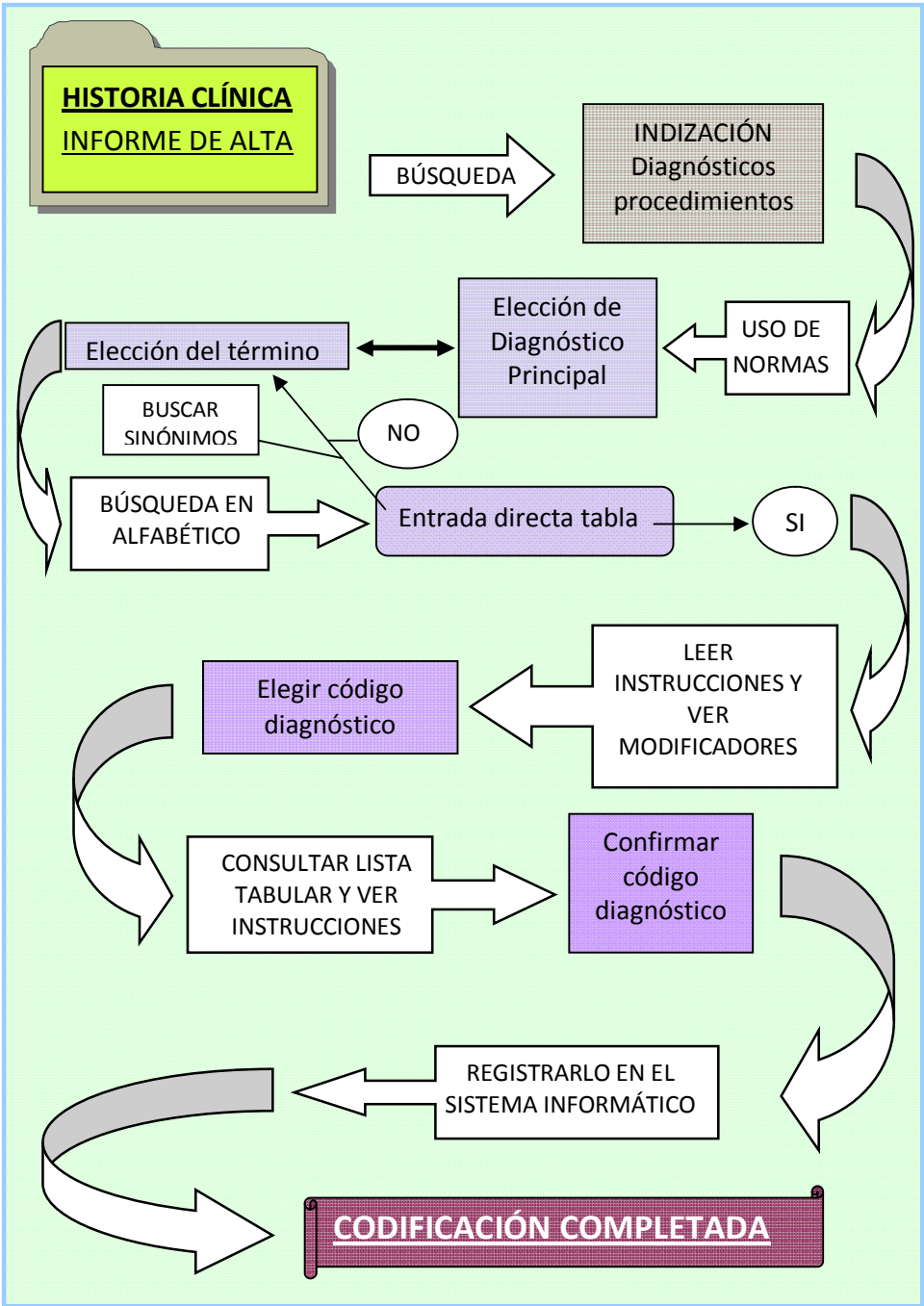
PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD



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 cirugía durante el año 2011 se han generado un total de 440 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 TRAUMATOLOGÍA

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
793	25	Q	10,43	1	8
558	8	Q	6,52	8	14
471	8	Q	6,16	1	5
583	21	Q	4,65	1	18
559	8	Q	4,35	2	25

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

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
*209	8	Q	3,27	78	3,91
*818	8	Q	3,60	61	5,93
*219	8	Q	1,36	49	3,45
*211	8	Q	2,17	38	5,38
*210	8	Q	3,24	19	7,63

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

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
*209	8	Q	3,27	78	3,91
*818	8	Q	3,60	61	5,93
*219	8	Q	1,36	49	3,45
*211	8	Q	2,17	38	5,38
*210	8	Q	3,24	19	7,63

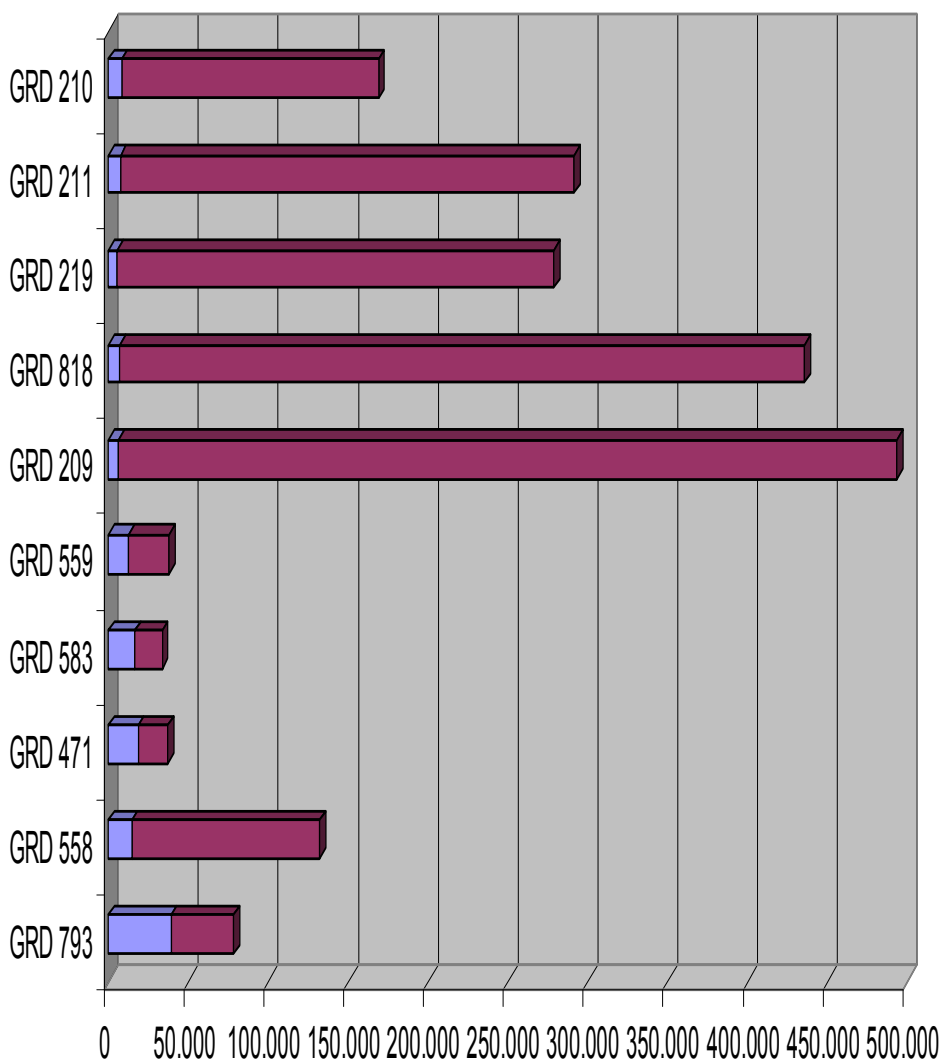
Analizando las tablas, comprobamos que los 258 episodios analizados son de tipo quirúrgico.

La tabla 1 tienen una estancia media más elevada que el resto de tablas, menos pacientes y además 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 793 tiene un peso de 10,43 pero sólo ha habido un episodio, mientras que el GRD 209 con un peso de 3,27, tiene un total de 70 episodios por lo que su coste será superior.

En la tabla 2 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 traumatología. Comprobamos que son los mismos episodios que la tabla dos, y que no coinciden con ninguno de los GRD de más peso, es decir, no hay en la tabla 1 ningún GRD con suficientes pacientes o con un peso muy elevado como para pertenecer también a la tabla 3.

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



	GRD 793	GRD 558	GRD 471	GRD 583	GRD 559	GRD 209	GRD 818	GRD 219	GRD 211	GRD 210
■ COSTE DEL TOTAL DE EPISODIOS	39.260	117.872	18.558	16.906	25.520	487.110	428.647	273.469	284.088	160.740
■ COSTE MEDIO DEL GRD	39.260	14.734	18.558	16.906	12.760	6.245	7.027	5.581	7.476	8.460

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
TRAUMATOLOGÍA	440	2,26	2.178	4,95	4	0,91%
TOTAL HOSPITAL COMARCAL	4270	1,49	25.409	5,95	228	5,34%



SAS GRUPO IV		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
5,77	0,86	-988,81
TOTAL HOSPITAL COMARCAL		
6,62	0,90	-2.293,21

TODO EL SAS		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
7,2	0,69	-361,31
TOTAL HOSPITAL COMARCAL		
6,49	0,92	-2.864,13

Con estas tablas comprobamos que tanto los datos del servicio de traumatología 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	-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%
Total (Hospital)	4270	1,49	25409	5,95	6,49	0,92	-2864,13	-2293,21	6,62	0,90	228	5,34%

EPISODIO 1

F. Ingreso: 26/05/11

F. Alta: 08/06/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 55 años de edad, con AP de: enolismo moderado-severo, fumador, dislipémico, gota, cardiopatía isquémica crónica con IAM inferior en agosto, enfermedad multivazo con ACTP y Stent en ADA media, coronaria derecha proximal y media y circunfleja media. Quemadura solar en manos.

E. ACTUAL:

Acude a urgencias por astenia, adinamia, debilidad en miembros superiores e inferiores, ha presentado rectorragia.

EXPLORACIÓN:

Palidez de piel y mucosas. Funciones superiores conservadas. Cuello normal. AC y AP: normal. Abdomen blando, depresible, hepatomegalia de 3 traveses. Edemas en MMII. Mal perforante con intenso edema en pie izquierdo. Perdida de masa muscular, hiporeflexia y disminución de la sensibilidad táctil epicrítica.

D. COMPLEMENTARIOS:

Analítica: recuento y formula leucocitaria normales. Hb 7`7. hematíes 1990000. VCM 117. Plaquetas 194000. TP ratio 1`32. BT 3`45. F. alcalina 223. Sodio 132. VSG 131. Albúmina 2`5. Vitamina b12 3`17. Marcadores tumorales: normales.

Cultivo de exudado de la herida: acinetobacter lwoffi y estafilococcus epidermidis.

Rx de torax PA y L: normal.

Ecografía abdominal: hepatomegalia, con estructura granular y aumento de la ecogenicidad compatible con hepatopatía crónica. Vena porta levemente dilatada. Ascitis ligera.

FGC: esofagitis péptica grado II en tercio inferior. Gastropatía congestiva en cuerpo y formix. Erosiones en bulbo duodenal.

Colonoscopia: se progresa hasta ciego. Deficiente preparación aunque no se observan alteraciones mucosas.

EVOLUCIÓN:

Valorado por el Sº de Cirugía y con la sospecha de osteomielitis se hace limpieza de herida quirúrgica. En el postoperatorio presenta insuficiencia respiratoria aguda y fallo ventricular izquierdo que precisó ingreso en UCI.

La anemia se ha tratado con transfusiones de sangre.

JUICIO CLÍNICO:



CIRROSIS HEPÁTICA DE ORIGEN ENÓLICO CON HIPERTENSIÓN PORTAL Y ASCITIS.

POLINEURITIS ENÓLICA.

OSTEOMIELITIS DEL PIE IZQUIERDO.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 1		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		  <p>Infección del hueso</p>

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
583	21	Q	Procedimientos para lesiones excepto por traumatismo múltiple con CC Mayor

EPISODIO 2

F. Ingreso: 21/07 /11

F. Alta: 30/07/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente que ingresa desde urgencias tras caída accidental desde su altura, con traumatismo en región trocantérica D. AP: paciente institucionalizada; dislipemia; ictus con hemiplejía derecha; cardiopatía isquémica crónica; anemia ferropénica crónica; fractura cadera izquierda; antiagregación con clopidogrel.

Estudio Rx: **fractura pertrocantérea cadera derecha.**

Se cursa ingreso hospitalario y modificación de pauta de antiagregación por Servicio de Hematología.

El 27/07/2011 se interviene, realizándose reducción cerrada y osteosíntesis endomedular con clavo Gamma 3 sin cerrojo distal.


Control Rx postoperatorio satisfactorio.

Tras correcta evolución clínica, manteniéndose afebril y con buena evolución de la herida, damos alta hospitalaria.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Ultrasonidos diagnósticos del corazón.

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
211	8	Q	Procedimientos cadera y fémur excepto articulación mayor. Más de 17 años sin CC

EPISODIO 3

F. Ingreso: 09/06/11

F. Alta: 13/06/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 93 años de edad que ingresa de urgencias tras caída casual con traumatismo en parrilla costal y cadera izquierda. A la exploración se objetiva acortamiento y rotación externa de la cadera izquierda confirmándose tras estudio RX el diagnóstico de **fractura pertrocanterea de fémur izquierdo**.

A.P: Glaucoma. Alergia al huevo. Depresión. Cefalea tensional. Epilepsia gran mal. No RAM conocidas.


Se interviene quirúrgicamente de urgencias mediante reducción cerrada y osteosíntesis con clavo Gamma-3 125 grados.

La evolución postoperatoria ha sido favorable. El control radiológico correcto, el paciente está afebril por lo que damos alta hospitalaria.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Caída en la calle.

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
558	8	Q	Procedimientos musculoesqueléticos mayores con CC Mayor

EPISODIO 4

F. Ingreso: 28/05/11

F. Alta: 29/05/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 22 años de edad sin AP de interés.

Ingresa procedente de urgencias el día 28/05/11 por caída casual de un caballo con contusión sobre miembro inferior izquierdo.

Se realiza exploración donde se observa deformidad clara en miembro inferior izquierdo.


En la Rx se observa **FRACTURA DE DUPUYTREN (DIAFISIARIA DE PERONÉ, MALEOLO TIBIAL Y CANTO POSTERIOR TIBIA) TOBILLO DERECHO.**

El día 28/05/11 se realiza bajo anestesia locoregional RC + OSTEOSINTESIS CON 1 AK EN PERONÉ + 1 TORNILLO CANULADO 4 MM. EN MALEOLO INTERNO TIBIAL.

La evolución es favorable, por lo que puede ser de alta.

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
	8		

EPISODIO 5

F. Ingreso: 01/07/11

F. Alta: 06/07/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 66 años con antecedentes de ALERGIA A PENICILINA.


Ingresó desde CCEE para intervención quirúrgica programada por **Gonartrosis derecha**.

Es intervenida quirúrgicamente el 01/07/11 realizándose artroplastia total de rodilla derecha modelo Triathlon, cementando ambos componentes, con polietileno 9mm y esponjalizando rótula.

Durante su estancia hospitalaria, la evolución clínica ha sido satisfactoria, con rx de control correcta y deambulando con andador. Damos de alta hospitalaria para seguimiento ambulatorio.

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;">Artrosis en Rodilla</p>

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	8		

EPISODIO 6

F. Ingreso: 04/05/11

F. Alta: 09/05/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 78 años de edad que ingresa procedente de urgencias tras caída casual con resultado de **fractura pertrocanterea izquierda**.

A.P: Diabetes Mellitus tipo I, Cardiopatía Isquémica y artroplastia parcial de cadera derecha. No RAM conocidas.

RX: Fractura pertrocanterea izquierda.


Se interviene quirúrgicamente el día 05/05/11 realizándose reducción ortopédica y osteosíntesis con clavo Gamma-3 de 125.

Durante la evolución postoperatoria requiere transfusión de dos concentrados de hematíes para corregir sus cifras hemáticas. La herida presenta buen aspecto, el control radiológico es correcto, el paciente está afebril por lo que damos alta hospitalaria.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Anemia posthemorragica aguda.

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
210	8	Q	Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor. Mayor de 17 años con CC

EPISODIO 7

F. Ingreso: 05/04/11

F. Alta: 17/05/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 46 años de edad que en Junio/2010 sufrió disparo por arma de fuego de manera fortuita en pierna izquierda, con diagnóstico de fractura abierta GIIIB y pérdida de aproximadamente de 3-4 cm de tejido óseo de tibia y peroné.

Ha precisado múltiples intervenciones (fijación externa de fractura, tratamiento partes blandas con injerto piel y osteosíntesis con placa y tornillo y colocación de injerto óseo de banco). Tras revisión en consultas externas se objetiva **fractura del material de osteosíntesis (placa)** por lo que se cursa ingreso programado para nueva reintervención.

Es intervenido nuevamente con fecha el 05/04/11 para retirada de placa rota y nueva reosteosíntesis con placa de pilón posterior de 10 orificios y colocación de injerto autólogo.

Durante la evolución en el postoperatorio el paciente ha presentado como complicación la dehiscencia de la herida quirúrgica con sobreinfección secundaria, por lo que ha precisado ingreso hospitalario prolongado para tratamiento intravenoso y múltiples muestras de cultivo. La evolución de la herida ha sido satisfactoria añadiendo al tratamiento médico la colocación de sistema de vacío en la herida (VAC) hospitalario: Los últimos cultivos realizados se han informado como negativos y el paciente presenta buena estabilidad clínica y hemodinámica, por lo que se ha solicitado VAC para uso domiciliario y hemos estado a la espera de su autorización que ya tenemos a fecha de hoy por lo que damos de alta para seguirlo en ambulatorio.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 7		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	8		

EPISODIO 8

F. Ingreso: 14/10/11

F. Alta: 20/10/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente que ingresa desde consultas externas de forma programada para intervención de su patología, consistente en artrosis de cadera izquierda.

Entre sus antecedentes personales no se encuentran datos de interés, salvo haber sido sometido a cirugía gástrica que no especifica.


Es intervenido el día 14/10/2011 procediéndose a :

ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA IZDA. TIPO ABG NO CEMENTADA Y COTILO TRIDENT.

Durante la evolución postoperatoria se constata una subluxación de la cadera intervenida, que se reduce con maniobras suaves en la propia cama del enfermo. Los controles posteriores son correctos, y el paciente ha deambulado con normalidad. La herida tiene buen aspecto y el paciente se encuentra afebril, por lo que se decide el alta hospitalaria para su revisión con consultas externas.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 8		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
818	8	Q	Sustitución de cadera excepto por complicaciones

EPISODIO 9

F. Ingreso: 25/12/11

F. Alta: 29/12/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 79 años de edad, intervenida el pasado 15/12/11 de Gonartrosis izquierda mediante artroplastia total, que acude a urgencias por dolor rebelde a tratamiento convencional.

Otros A.P.: protusiones discales múltiples. Artrosis. Osteoporosis. Insuficiencia venosa crónica. Intervenida de PTR derecha. No RAM conocidas.

En la exploración de urgencias se objetiva herida con buen aspecto sin signos de **infección** aunque con hematoma y signos de inflamación propios de su cirugía reciente. Se realiza analítica de control con fórmula leucocitaria normal. PCR 61,9. Se cursa ingreso hospitalario para observación clínica e instaurar tratamiento analgésico iv.

La evolución hospitalaria, durante su estancia, ha sido favorable, mejorando la movilidad activa de la rodilla así como el dolor y analítica (PCR 47,9). La herida presenta buen aspecto, está afebril y deambula mejor con ayuda de andador por lo que damos alta hospitalaria para su control ambulatorio.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 9		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
558	8	Q	Procedimientos musculoesqueléticos mayores con CC Mayor

EPISODIO 10

F. Ingreso: 13/05/11

F. Alta: 17/05/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 79 años de edad, con A.P. de HTA, Dislipemia, Insuficiencia renal leve, no alergias medicamentosas conocidas.

Acudió a urgencias tras sufrir caída casual con traumatismo sobre cadera derecha, presentando imposibilidad para la deambulaci3n y objetivando miembro en abducci3n y rotaci3n externa.

Tras estudio Rx. Se confirma el diagn3stico de **fractura petrocant3rea f3mur derecho**.

Con car3cter urgente se procede a intervenci3n quir3rgica el 13/05/11 mediante osteos3ntesis mediante clavo gamma 3.

Durante su estancia hospitalaria la paciente ha precisado la transfusi3n de 2 concentrados de hemoderivados. La evoluci3n ha sido satisfactoria con buena tolerancia a analg3sicos y sin otras complicaciones cl3nicas. La paciente se encuentra afebril, la herida presenta buen aspecto y el control Rx es satisfactorio por lo que damos de alta hospitalaria para seguimiento ambulatorio.

DIAGN3STICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CL3NICA COMPLETA:

Anemia posthemorr3gica aguda.

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
210	8	Q	Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor. Mayor de 17 años con CC

EPISODIO 11

F. Ingreso: 26/10/11

F. Alta: 03/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente que ingresa desde consultas externas con el diagnóstico de **retardo de consolidación de la fractura de pilón tibial izquierdo** de la que está siendo tratado.

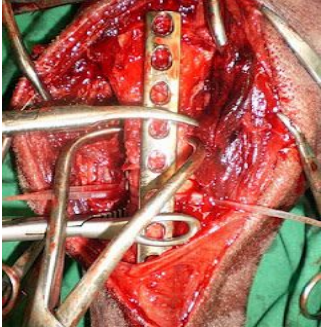
El día 27 de Octubre se procede a intervención quirúrgica de rescate, consistente en:

Abordaje medial a la tibia, con disección de vena y nervio safenos. Apertura del foco, observando desvitalización de fragmentos que se retiran. Se realiza cruentación medular de los extremos, y aporte de injerto de banco, autoinjerto de cresta, sustituto óseo Vitoss y factores de crecimiento derivados de plaquetas. SE realiza osteosíntesis con placa AXSos de tibia distal y férula inguinopédica posterior.

La evolución postoperatoria es favorable, estando el paciente afebril, presentando la herida buen aspecto y siendo el control radiológico correcto, por lo que se decide el alta hospitalaria para control ambulatorio. Se aísla en la biopsia Bacteroides Ovatus para lo cual se inicia con tratamiento antibiótico.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 11		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
559	8	Q	Procedimientos quirúrgicos no mayores con CC Mayor

EPISODIO 12

F. Ingreso: 30/06/11

F. Alta: 01/07/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 62 años de edad sin AP de interés. No RAM


Ingresó procedente de CCEE por **infección superficial de PTR** para tratamiento iv antibiótico.

El día 30/06/2011 se realiza bajo anestesia raquídea ARTROSCOPIA DE LAVADO DE RODILLA donde no se observan signos de infección y se toman muestras de cultivo.

La evolución es favorable por lo que puede ser de alta.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 12		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
209	8	Q	Sustitución de articulación mayor excepto cadera y reimplantación de miembro inferior excepto con complicaciones

EPISODIO 13

F. Ingreso: 09/06/11

F. Alta: 25/07/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA


Paciente que se sometió a una artroplastia parcial de cadera derecha con fecha 26/05/2011. Posteriormente, tras un período postquirúrgico de mejoría en el que incluso inició la deambulaci3n, ingres3 nuevamente en este hospital por un episodio de luxaci3n de la pr3tesis en Junio de 2011, que oblig3 a reducciones repetidas en quir3fano, y que finalmente se objetiv3 ser consecuencia de un **cuadro séptico** con foco en la propia cadera intervenida, agravado con otro foco urol3gico. El d3a 23/06/2011 se procede a nueva intervenci3n quirúrgica, realizándose retirada de la pr3tesis y limpieza del foco séptico, con abundante salida de pus y p3rdida de todas las suturas de la intervenci3n previa.

En la evoluci3n postoperatoria, la paciente ha desarrollado diversas complicaciones por la desnutrici3n y la propia infecci3n, como hipoproteinemia con edemas generalizados, y plaquetopenia, que ha obligado a m3ltiples transfusiones por ca3da del hematocrito debido a la plaquetopenia. A ello asocia úlcera sacra por decúbito.

La evoluci3n, ha ido siendo favorable, con mayor ingesta aut3noma, desaparici3n de los edemas, y correcci3n mantenida de las cifras hemáticas, por lo que, dado que el tratamiento ortopédico est3 finalizado, se plantea traslado a una unidad de cuidados cr3nicos, para seguimiento de la evoluci3n a medio plazo.

DIAGN3STICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CL3NICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 13		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
558	8	Q	Procedimientos musculoesqueléticos mayores con CC Mayor

EPISODIO 14

F. Ingreso: 05/01/11

F. Alta: 10/01/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 40 años de edad que ingresa procedente de urgencias tras sufrir accidente de tráfico mientras se dirigía su trabajo, según refiere.

A.P.: Alergia a trigón.

RX: Fractura de trazo sagital conminuta de rótula derecha

J.C: Fractura abierta grado II de Gustilo.

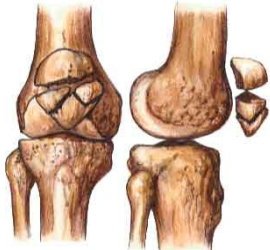
Se cursa su ingreso hospitalario y se pauta antibioterapia intravenosa.

El día 08/01/11 se procede de urgencias en quirófano a desbridamiento de partes blandas y extracción de fragmentos conminutos y osteosíntesis con dos tornillos canulados transversales de 5mm; cierre primario de herida e inmovilización con férula inguinomaleolar.

La evolución postoperatoria ha sido favorable, la herida presenta buen aspecto, el control radiológico es correcto, el paciente está afebril por lo que damos alta hospitalaria.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 14		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
219	8	Q	Procedimiento extremidad inferior y húmero excepto cadera, pie y fémur. Mayor de 17 años sin CC

EPISODIO 15

F. Ingreso: 06/11/11

F. Alta: 14/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente que ingresa tras Parada cardiorrespiratoria resucitada.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No alergias conocidas. HTA. Diabetes mellitas tipo 2. Insuficiencia renal crónica. Gota tofácea. S. mielodisplásico tipo anemia refractaria de reciente diagnóstico. IQ: prótesis de cadera izquierda en 2010 tras fractura subcapital. Tratamiento habitual: Adiro, torasemida, doxium forte, colchicina, diovan 160.

HISTORIA ACTUAL:

Ingresa por fractura de cadera derecha, tras caída accidental el día 6 de noviembre. Durante su ingreso se intenta mejorar situación hemodinámica, previo a la intervención, transfundiéndose por Hb de 5,6 g/dl. El día 8 de noviembre tiene melenas, que se autolimitan, sin observar sangrado digestivo agudo por SNG. Se interviene hoy de manera reglada (Hb previa 10 g/dL). Intervención: anestesia raquídea. Al inicio de la intervención (justo en el momento de la osteotomía) se inicia cuadro de hipotensión severa que desemboca en asistolia. Se procede a RCP avanzada en quirófano (40 minutos). Durante la RCP oscila entre momentos de disociación electromecánica, con asistolia e incluso FV (se desfibrila en 6 ocasiones). Las sospechas más potentes son la de shock hipovolémico (se cursa hemograma y se trata con expansores y 2 concentrados de hemáties) y embolia grasa masiva, más probable. El hemograma durante la reanimación en quirófano detecta 5 g de Hb (muestra de la vía central). Tras la recuperación pasa a UCI, sin ser intervenida. No se aprecia sangrado en la zona quirúrgica.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Muy mal estado general, fría, pálida, mal perfundida. Intubada y conectada a ventilación mecánica. Porta catéter en yugular interna derecha. FC 70. TA 90/55. (NA a 1.5 microg/kg/min). Livideces en tronco. Sangrado por SNG rojo oscuro. Sangrado por zonas de venopunción.

Corazón rítmico a 70 spm. No soplos.

A. Respiratorio: ventila ambos hemotórax. SpO2 no detectable. (FiO21).

Abdomen blando y depresible.

MMII: datos de insuficiencia venosa crónica. Deformidad en las articulaciones secundaria a artritis gotosa. No se aprecian signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Bioquímica: Glucemia 188mg/dL: Creat 1,48 mg/dL: Urea 76, Proteínas 3.09. Na*148 mEq/L: K+ 4.5 mEq/L. Bt 0.24 mg/ml; Prot T 3.54 g/Dl.

G. venosa: pH 7.00; Bic t 11mEq/L, EB – 15 mmol/L, Pco2 77.

Hemograma: leucocitos 7.920 Hb 7.3 g/dl; Hto 23.4 %; Plaq. 95.000.

Coagulación: discreto alargamiento de los tiempos de coagulación.

EVOLUCIÓN:

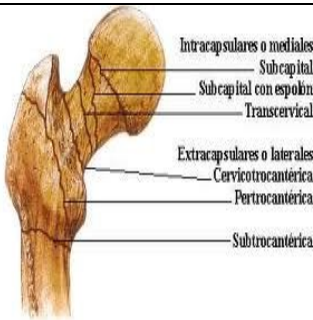
A su ingreso en UCI se producen nuevos episodios de DEM, por lo que la sospecha de la embolia grasa se hace más consistente. Fallece a las 15.10 horas. Se propone a la familia autopsia clínica que rechazan. Se obtiene muestra de orina para determinación de grasa.

JUICIO CLÍNICO:

Parada cardiorrespiratoria durante la intervención de traumatología (prótesis de cadera). Sospecha de embolia grasa. CID incipiente.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 15		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
793	25	Q	Procedimientos por traumatismo múltiple significativo excepto craneotomía con CC Mayor no traumática

EPISODIO 16

F. Ingreso: 02/10/11

F. Alta: 06/10/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 76 años de edad que ingresa programada para intervención quirúrgica con el diagnóstico de **Gonartrosis izquierda**.

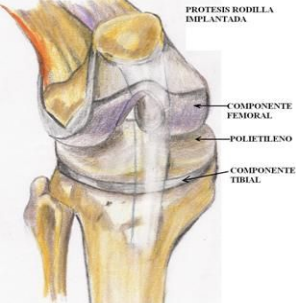
A.P.: HTA. Ansiedad. No RAM conocidas. Intervenida de varices-pólipos endometriales-SP.

Se interviene quirúrgicamente el día 03/10/11 realizándose artroplastia Unicompartmental cementada rodilla izquierda, modelo OXFORD.

La evolución postoperatoria ha sido favorable, el control radiológico correcto, la herida presenta buen aspecto, afebril, sentándose y deambulando con ayuda de andador por lo que damos alta hospitalaria para su control ambulatorio.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 16		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
209	8	Q	Sustitución de articulación mayor excepto cadera y reimplantación de miembro inferior excepto con complicaciones

EPISODIO 17

F. Ingreso: 02/12/11

F. Alta: 06/12/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 67 años que acude procedente de CCEE para IQ programada por **coxartrosis izquierda**.

AP: No RAM. ATC derecha hace 11 años. Poliposis nasal

Es intervenido el 02/12/11 realizándose artroplastia total de cadera izquierda con vástago Furlon 10mm, cotilo Spidercup de 46mm y cuello medio de 28mm.

Durante su estancia hospitalaria, la evolución clínica ha sido satisfactoria, con Rx de control bien, deambulando con andador, por lo que se decide alta hospitalaria.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 17		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
818	8	Q	Sustitución de cadera excepto por complicaciones

EPISODIO 18

F. Ingreso: 22/02/2011

F. Alta: 01/03/2011

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente de 78 años de edad que acude al Servicio de Urgencias tras caída fortuita golpeándose sobre la cadera izquierda. AP: Dislipemia, DM tipo II, HTA, Fibrilación Auricular en tratamiento con Sintrom. Cardiopatía Isquémica. 2 TVP.

A la exploración presenta dolor e impotencia funcional a dicho nivel con resultado de **Fractura Pertrocanérea de la cadera izquierda**.

Fue intervenida quirúrgicamente el día 24/02/2011 procediéndose a reducción cerrada en mesa de tracción y osteosíntesis con clavo Gamma 3 Trocánterico.

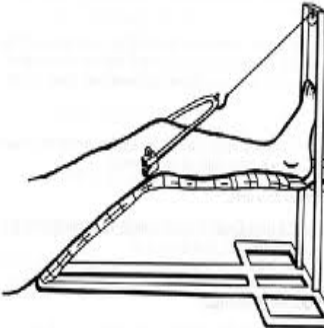
El control radiológico es satisfactorio y la evolución postoperatoria es favorable por lo que es dada de alta para su control ambulatorio.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Uso habitual de aspirina, operado de cataratas, estado de ACTP.

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 18		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	

OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

CODIFICACIÓN CORRECTA

EPISODIO 1

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
211	8	Q	Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor. Mayor de 17 años sin CC

DP- 892.1 Herida abierta de pie

- 730.27 Osteomielitis
- 571.2 Cirrosis hepática alcohólica
- 572.3 Hipertensión portal
- 518.5 Insuficiencia pulmonar tras trauma e Inter. Quirúrgica
- 357.5 Polineuropatía alcohólica
- 789.59 Ascitis
- 530.10 Esofagitis inespecífica
- 569.3 Hemorragia rectal y anal
- 285.1 Anemia poshemorrágica aguda
- 414.8 Otras formas de enf. Cardíaca isquémica crónica
- 303.91 Otra dependencia alcohólica continua
- 272.4 Hiperlipidemia y lipidemia no especificadas
- 944.00 Quemaduras en manos
- 305.1 Abuso de tabaco
- V60.0 Falta de alojamiento
- V45.82 Estado de ACTP
- E928.9 Accidente no especificado

PP- 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura

- 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes
- 88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperito.
- 44.13 Otra gastroscopia
- 45.23 Colonoscopia

EPISODIO 2

**DP- 820.20 Fractura de sección trocanterea neom de cuello
fémur-cerrada.**

414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar

438.20 Hemiplejía afectando a un lado no especificado

281.9 Anemia por carencia no especificada

V60.6 Persona que vive en residencia

V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo

E888.8 Otra caída

**PP- 79.15 Reducción cerrada de fractura con fijación interna en
fémur.**

88.72 *Ultrasonidos diagnósticos de corazón*

EPISODIO 4

EPISODIO 3

**DP- 820.20 Fractura de sección trocanterea neom de cuello
fémur-cerrada**

959.11 Otro traumatismo de pared torácica

365.11 Glaucoma de ángulo abierto primario

311 Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos

345.11 Epilepsia convulsiva general con epilepsia incurable

307.81 Dolor de cabeza por tensión

V15.03 Alergia a los huevos

E888.9 Caída no especificada

E849.5 Relativo a accidente en calle/carretera

**PP- 79.15 Reducción cerrada de fractura con fijación
interna en fémur.**

DP – 824.6 Fractura trimaleolar de tobillo-cerrada
 E828.2 Relativo a accidente cabalgadura-l.jinete
**PP - 79.16 Reducción cerrada de fractura con fijación
 interna en tibia y peroné.**

EPISODIO 5

DP – 715.36 Osteoartrosis localizada sin especificar- pierna
 V14.0 Historia personal de alergia a penicilina
PP - 81.54 Sustitución total de rodilla

EPISODIO 6

**DP – 820.20 Fractura de sección trocanterea neom de cuello
 fémur-cerrada**
 285.1 *Anemia posthemorrágica aguda*
 250.0 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no
 esp. No descompesada
 401.9 No especificada
 414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar
 V43.64 Sustitución de articulación de cadera
 E888.8 Otra caída
PP - 79.15 Reducción cerrada de fractura con fij. Int. En fémur
 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

EPISODIO 7

DP – 996.49 Otra complicación mecánica de dispositivo ortopédico interno, implante e injerto.

998.32 Disrupción de herida operatoria externa

998.59 Otras infecciones postoperatorias

E878.8 Otras interv. Y técnicas Quir. especific. Otros no Codificado

PP - 78.67 Extracción dispositivo sint. De tibia y peroné

78.07 Injerto en tibia y peroné

78.67 Extracción disp.. sint. De tibia y peroné.

78.57 Reosteosíntesis con placa

EPISODIO 8

DP – 715.35 Osteoartrosis localizada sin especificar- pelvis y Muslo

996.42 Complicación de luxación de prótesis

E878.1 Otras interv. Y técnicas Quir. especific. Otros no Codificado

PP - 81.51 Sustitución total de cadera

EPISODIO 9

DP- 996.77 O. Complicaciones por prótesis de articulación**interna**

- 996.67 Inf/Infla por otro dispositivo, implante e injerto ortopédico interno.
- 733.0 Osteoporosis no especificado
- 459.81 Insuficiencia venosa (periférica) no especificada
- 722.2 Desplazamiento disco intervertebral no especificada sin mielopatía.
- V43.65 Sustitución de articulación de rodilla
- E878.1 Interv. Quirúrgica con implante de dispositivo int. Art.

EPISODIO 10**DP- 820.20 Fractura de sección trocánteres neom de cuello femur-cerrada**

- 285.1 *Anemia posthemorragica aguda*
- 401.9 No especificada
- 272.4 Otros hiperlipidemia y lipidemia no especificadas
- 585.9 Nefropatía crónica, no especificada
- E888.8 Otra caída

PP- 79.15 Reducción cerrada de fractura con fij. Int.fémur

- 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

EPISODIO 11

DP – 733.82 No unión de fractura

41.82 Bacteroides Fragilis

707.07 Talón

PP – 79.36 Reducción abierta de fractura con fijación interna-tibia

Y peroné

78.07 Injerto en tibia y peroné

77.79 Excisión para hueso de otro hueso Ncoc

77.67 Excisión local de lesión o tejido hueso de tibia y peroné.

EPISODIO 12

DP – 996.66 Inf/infla por prótesis de articulación interna

V43.65 Sustitución de articulación de rodilla

V43.65 Sustitución de articulación de rodilla

PP - 80.86 Exc. Local o destruc. De lesión art. De rodilla

80.26 Artroscopia de rodilla.

EPISODIO 13

DP – 996.42 Luxación de prótesis articular

996.66 Inf/infla por prótesis de articulación interna
 263.9 Desnutrición proteico-calórica sin especificar
 287.5 Trombocitopenia no especificada
 273.8 Otros trastornos metabol. Proteínas plasmáticas
 782.3 Edema
 707.03 Parte inferior de la espalda
 599.0 Infección de vías urinarias sitio neom
 V43.64 Sustitución de articulación de cadera
 E878.1 Interv. Quirúrgica con implante de dispositivo

PP- 79.75 Reducción cerrada de luxación de cadera

80.05 Artrotomía para extracción de prótesis de cadera
 84.56 Inserción de espaciador de cemento
 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes
 99.05 Transfusión de plaquetas

EPISODIO 14**DP – 822.1 Fractura de rótula-abierta**

PP - 79.36 Reducción abierta de fractura con fijación interna-tibia y peroné.

EPISODIO 15

DP – 820.09 Otras fracturas intracapsulares del cuello de fémur-cerrada

- 958.1 Embolia grasa
- 578.9 Hemorragia gastrointestinal sin especificar
- 997.1 Complicaciones quirúrgicas-cardiacas
- 427.5 Paro cardiaco
- 286.6 Síndrome de desfibrilación
- 250.0 Diabetes M. sin mención de compl. Tipo II o no especific.
- 585.9 Nefropatía crónica, no especificada
- 274.0 Artropatía gotosa
- 286.6 Síndrome de desfibrinización
- V43.63 Sustitución de articulación de muñeca
- E888.9 Caída no especificada
- E878.1 Interv. Quirúrgica con implant. De dispositivo int. artificial

PP - 79.15 Reducción cerrada de fract. Con fij. Int. En fémur

- 99.60 Resuscitación cardiopulmonar, N.E.O.M.
- 99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

EPISODIO 16**DP – 715.36 Osteoartrosis localizada sin especifica- pierna**

401.9 No especificada

300.0 Estado de ansiedad no especificado

PP- 81.54 Sustitución total de rodilla**EPISODIO 17****DP - 715.35 Osteoartrosis localizada sin especificar-pelvis y muslo**

V43.64 Sustitución de articulación de cadera

PP - 81.51 Sustitución total de cadera**EPISODIO 18****DP - 820.20 Fractura de sección trocantérea neom de cuello fémur-cerrada.**

414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especificar.

427.31 Fibrilación Auricular

401.9 No especificada

250.0 Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no esp. No desconocida

272.4 Otros Hiperlipidemia y lipidemia no especificada

V58.61 Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo

V58.66 *Uso prolongado de aspirina (actual)*

V45.61 *Extrcción de cataratas*

V43.1 *Sustitución de cristalino*

V45.82 *Estado de angioplastia coronaria trasluminal percutánea*

E888.8 Otra caída

PP - 79.15 Reducción cerrada de fracc. con fij. interna en fémur.

GRD's CORRECTOS

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 4

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
219	8	Q	Procedimiento extremidad inferior y húmero excepto cadera, pie y fémur. Mayor de 17 años sin CC.

GRD 219. Procedimiento extremidad inferior y húmero excepto cadera, pie y fémur. Edad > 17 sin CC.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre húmero, tibia y peroné. Las más frecuentes son: reducción o fijación de fractura de dichos huesos, osteotomía o triple artrodesis.

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 5

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
471	8	Q	Procedimientos mayores sobre articulación miembro inferior, bilateral o múltiple

GRD 471. Procedimientos mayores sobre articulación miembro inferior, bilateral o múltiple.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha implantado una prótesis de cadera, rodilla o tobillo bilateral o múltiple.

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 7

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
559	8	Q	Procedimientos quirúrgicos no mayores con CC Mayor

GRD 559. Procedimientos musculoesqueléticos no mayores con CC Mayor.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención musculoesquelética no mayor y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, úlcera de decúbito o hematoma postoperatorio. Las intervenciones más frecuentemente practicadas a estos enfermos son: reducción de fractura con fijación interna de tibia, peroné, húmero, cúbito o radio, artroscopia, cirugía tendinosa, biopsia o injerto óseo o extracción de dispositivo de fijación.

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 GDR`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 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 GRD's 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 583

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por lesiones o intoxicaciones excepto traumatismo múltiple a los que se les ha practicado una intervención y, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal aguda, peritonitis, neumonía o infección postoperatoria. Las intervenciones más frecuentemente realizadas a estos enfermos son: desbridamiento de herida, laparotomía, extracción de cuerpo extraño de peritoneo, resección intestinal, fasciotomía o intervención vascular como by-pass.

GRD 211

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre cadera o fémur excepto una intervención articular mayor. La más frecuente es la reducción abierta o cerrada de fractura de fémur con fijador interno.

GRD 558

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención mayor y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, úlcera de decúbito o hematoma postoperatorio. Las intervenciones más frecuentemente practicadas a estos enfermos son: implantación de prótesis de cadera o rodilla, reducción de fractura de fémur con fijación interna o desbridamiento excisional de herida.

GRD 210

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre cadera o fémur excepto una intervención articular mayor. La más frecuente es la reducción abierta o cerrada de fractura de fémur con fijador interno. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anemia aguda posthemorrágica, movilización de prótesis o dispositivo de fijación interna, metástasis ósea o infección urinaria.

GRD 818

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema musculoesquelético y tejido conectivo

excepto complicaciones a los que se les ha implantado durante el ingreso actual una prótesis parcial o total de cadera o a los que se les ha realizado una revisión quirúrgica de una prótesis de cadera previamente implantada. Básicamente clasifica a los pacientes que, no habiendo ingresado por una complicación de una prótesis articular previamente implantada, se les implanta una prótesis de cadera.

GRD 559

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención musculoesquelética no mayor y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, úlcera de decúbito o hematoma postoperatorio. Las intervenciones más frecuentemente practicadas a estos enfermos son: reducción de fractura con fijación interna de tibia, peroné, húmero, cúbito o radio, artroscopia, cirugía tendinosa, biopsia o injerto óseo o extracción de dispositivo de fijación.

GRD 209

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se ha implantado una prótesis de rodilla o tobillo o reimplantación de miembro inferior. En este GRD no se clasifican los pacientes que ingresan por una artritis séptica de cadera, rodilla o tobillo, fractura patológica de fémur o tibia, o complicación de una prótesis previamente implantada pues se agrupan en el GRD 789. Tampoco se clasifican en este GRD a los pacientes a los que, se les ha implantado una prótesis bilateral o múltiple de cadera, rodilla o tobillo pues se agrupan en el GRD 471.

GRD 793

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por, al menos, dos traumatismos importantes en diferentes localizaciones del cuerpo a los que se les ha practicado una intervención (excepto craneotomía) como: esplenectomía, sutura hepática o reducción de fractura con fijación interna. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor no traumática como: shock, neumonía por *Haemophilus influenzae* o *E. Coli*, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia respiratoria postraumática o insuficiencia renal aguda.

REFERENCIAS

- González-Outon, J. Romero, Hospital Universitario Puerto Real; 2011, 157 p. Disponible en:
<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2010/NORMA_2010_AP_GRD_V25_TOTAL_SNS.pdf
- AP-DRGs All Patient Diagnosis Related Groups Definitions Manual Version 23.0
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº274 pág: 40.126
- Manual de descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico. (AP-GRD v.25.0) Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza. Servicio vasco de salud. Septiembre 2010.

- 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: Traumatología-Boletín 14. Año 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo, instituto de información Sanitaria.
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion clinica n14 99.pdf>
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Complicaciones de cirugía y cuidados médicos- Boletín 29, Año 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion clinica n07 97.pdf>
- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA IE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Ortopedia. Boletín número 16 Año 2000. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.
http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n16_00.pdf
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema Nacional de Salud.

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

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

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

- LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (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 **TRAUMATOLOGÍA**

INVESTIACIÓN Y ANÁLISIS.

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

**H
O
S
P
I
T
A
L**

**R
I
O
T
I
N
T**