

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

SERVICIO DE **UCI**

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.**



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



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**





Elaboración realizada por:

María Josefa Rojas Lucena – TSADS.

Isabel García Gallegos - TSADS.

Inmaculada Bellamy García – TSADS.

AUTORES DE LIBRO COMPLETO

Colaboradores:

Concepción Lombardo Martínez

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

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

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

Edita: Servicio Andaluz de Salud

Hospital de Riotinto (AGSNH)

Servicio de Documentación e Información Sanitaria

Avd. La esquila nº 5

CP: 21660 Minas de Riotinto. Huelva

Telf.: 959025205 / 959025407

Primera edición ..... 2016

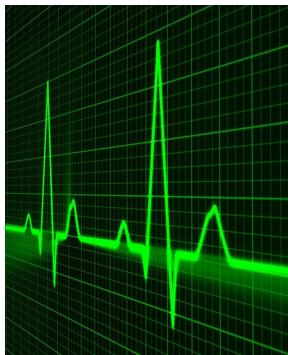
**ISBN: 978-84-608-9703-3**

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**

**UCI**

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS**

**AGRADECIMIENTOS:**

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

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

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

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

## **ÍNDICE**

---

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>CONCEPTO GRD y CARACTERÍSTICA GENERALES .....</b>	<b>9</b>
CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE LOS GRD.....	9
CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD .....	10
DESARROLLO DE UN ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN.....	13
JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD(CC,CCM) .....	14
INDICE CAUSÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL....	15
<b>VENTAJAS E INCONVENIENTES .....</b>	<b>17</b>
<b>PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD .....</b>	<b>18</b>
<b>PROCESO DE CODIFICACIÓN CORRECTA CIE-9-MC .....</b>	<b>19</b>
<b>RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS EN EL SERVICIO DE UCI Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS .....</b>	<b>20</b>
TABLA 1:LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE UCI .....	20
TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE UCI .....	20
TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE UCI .....	21
ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD .....	22
TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE UCI 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
<b>EPISODIOS EN EL SERVICIO DE UCI, EJERCICIOS Y GRD`s</b>	
<b>ASIGNADOS .....</b>	<b>26</b>
Episodio 1 – GRD 533. OTROS TRASTORNOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVULSIONES CEFALEA CON CC MAYOR .....	26
Episodio2 – GRD 533. OTROS TRASTORNOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVULSIONES CEFALEA CON CC MAYOR .....	29
Episodio 3 – GRD 118. REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR .....	32
Episodio 4 – GRD 116. OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE.....	34
Episodio 5 –GRD 139. ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN SIN CC .....	36
Episodio 6 – GRD 878. TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 HRS O SIN DIAG. PRINC. TRASTORNOS ORL SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR.....	38
Episodio 7 – GRD 878. TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 HRS O SIN DIAG. PRINC. TRASTORNOS ORL SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR.....	42
Episodio 8 – GRD 123. TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS .....	46
Episodio 9 – GRD 706. HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TUBERCULOSIS.....	49
Episodio 10 – GRD 116. OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE.....	54

Episodio 11 – GRD 549. PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR .....	57
Episodio 12 – GRD 123. TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS .....	60
Episodio 13 – GRD 877. OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT,. MEC. + 96 HRS O SIN DIAGN PRINC. TRAST. ORL CON PROC.....	63
Episodio 14 - GRD 877. OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT,. MEC. + 96 HRS O SIN DIAGN PRINC. TRAST. ORL CON PROC.....	66
Episodio 15 – GRD 881. DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA + 96 HRS .....	70
<b>CODIFICACIÓN CORRECTA .....</b>	<b>73</b>
<b>GRD`s CORRECTOS.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>97</b>

## PRESENTACIÓN

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

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

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

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

## CONCEPTO GRD Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

Los diagnósticos principales 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.

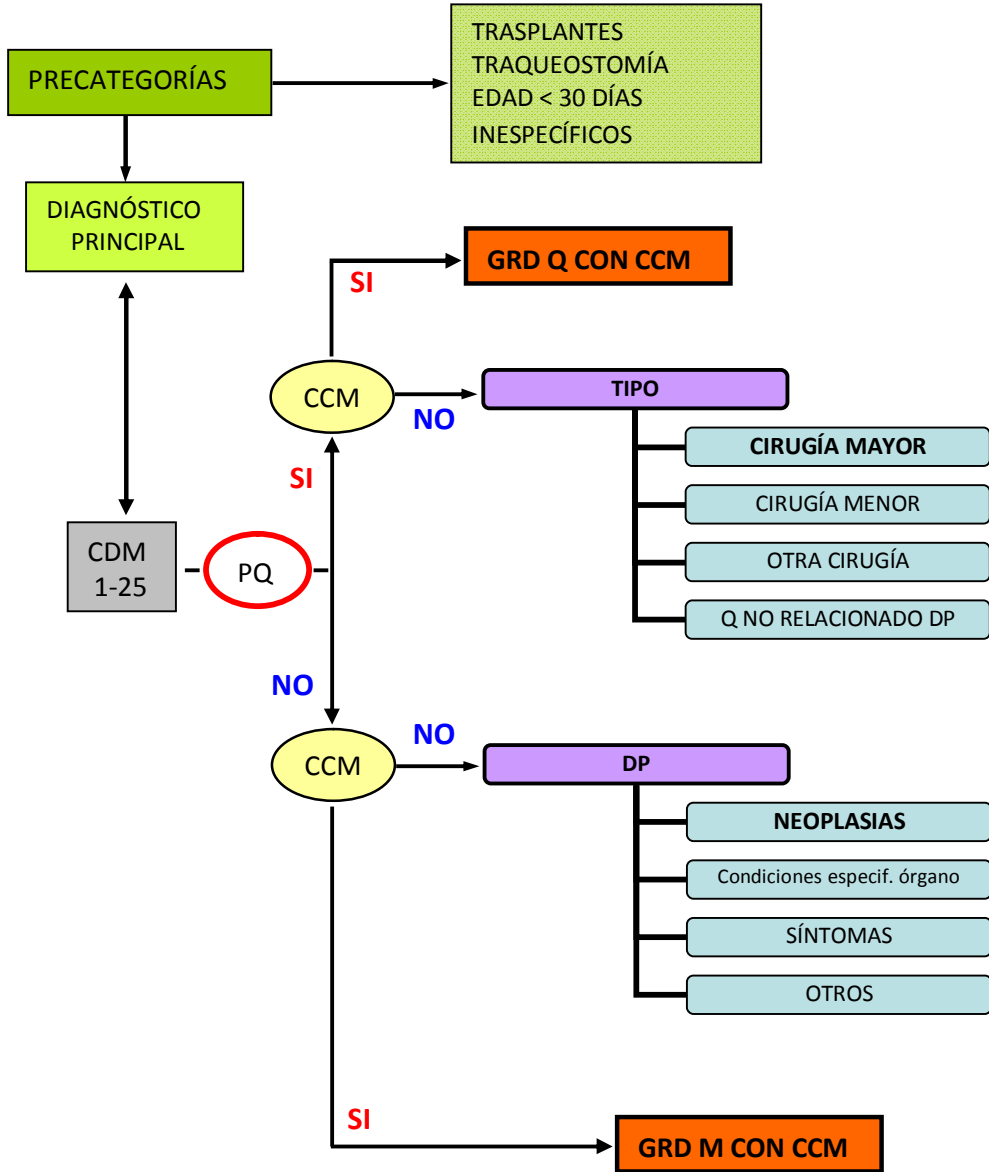
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: transplante cardíaco, transplante renal, transplante hepático, transplante de médula ósea, transplante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

La construcción de los GRD, se basa en:

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

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

### **ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE GRD**



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

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

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

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

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



+ **CCM** (peritonitis postoperatoria)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

**I** = GRDi

**H** = hospital h

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

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

### 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 (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

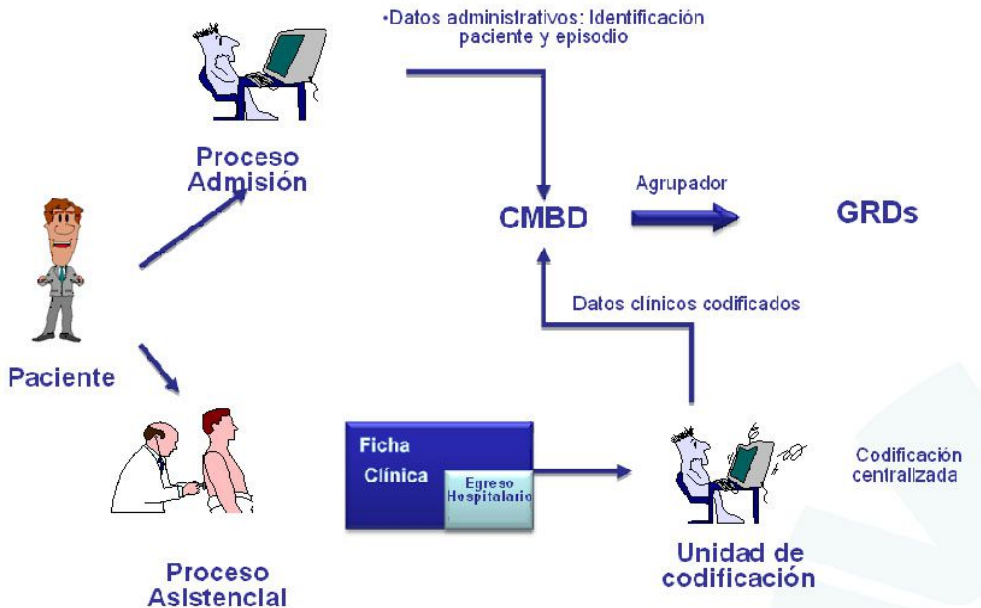
### **VENTAJAS**

- 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.

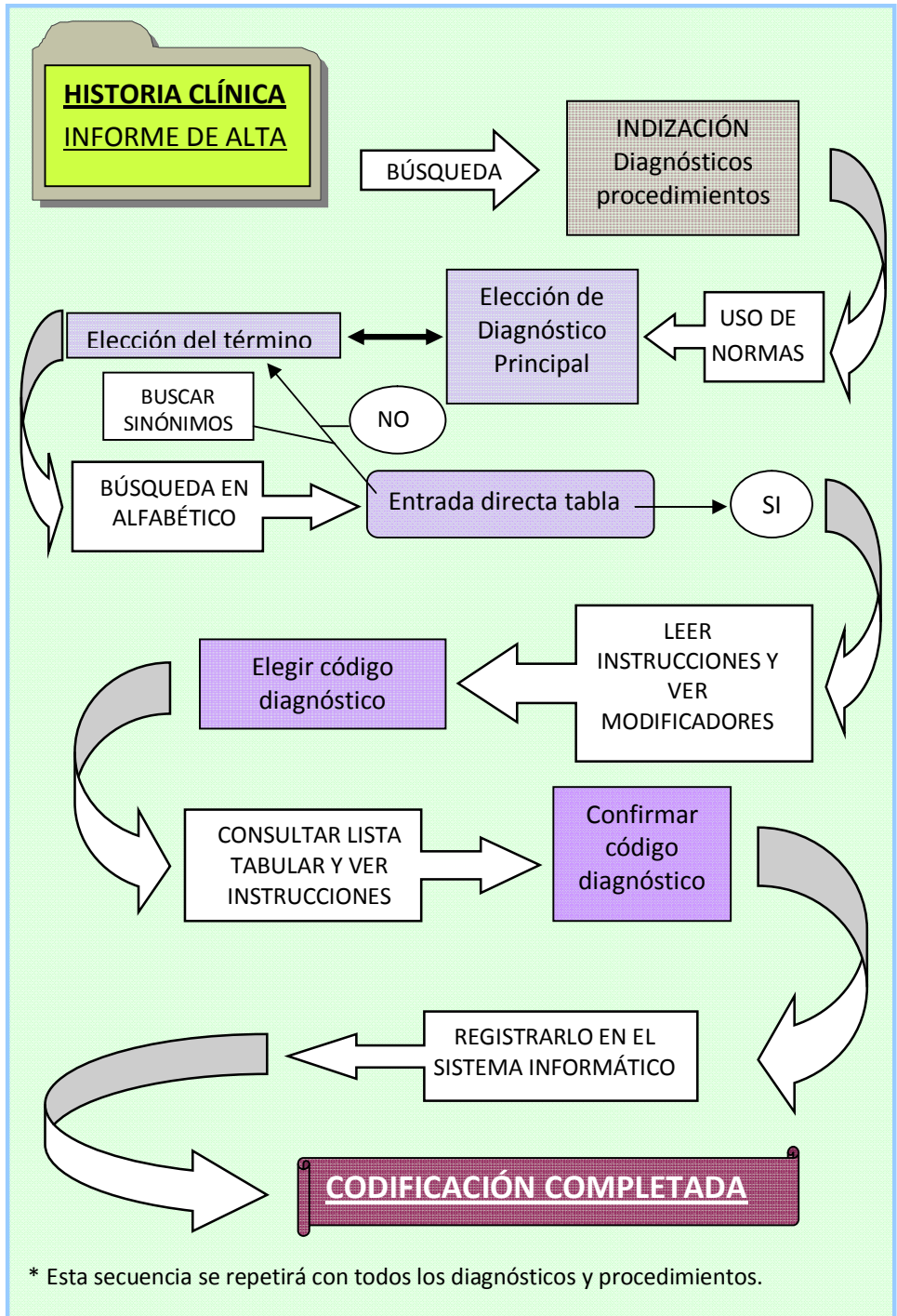
## PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD



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



\* Esta secuencia se repetirá con todos los diagnósticos y procedimientos.

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

En el servicio de UCI durante el año 2011 se han generado un total de XXX 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 UCI**

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*877</b>	0	<b>Q</b>	<b>48,41</b>	2	<b>34,5</b>
<b>878</b>	0	<b>Q</b>	<b>29,81</b>	2	<b>20</b>
<b>881</b>	4	<b>M</b>	<b>10,74</b>	1	<b>14</b>
<b>549</b>	5	<b>Q</b>	<b>10,06</b>	1	<b>0</b>
<b>*706</b>	24	<b>M</b>	<b>6,65</b>	1	<b>9</b>

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

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*139</b>	5	<b>M</b>	0,71	<b>17</b>	0,29
<b>118</b>	5	<b>Q</b>	2,08	<b>9</b>	0
<b>*116</b>	5	<b>Q</b>	3,59	<b>8</b>	0,88
<b>123</b>	5	<b>M</b>	3,50	<b>6</b>	6,17
<b>533</b>	1	<b>M</b>	4,43	<b>6</b>	8,5

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

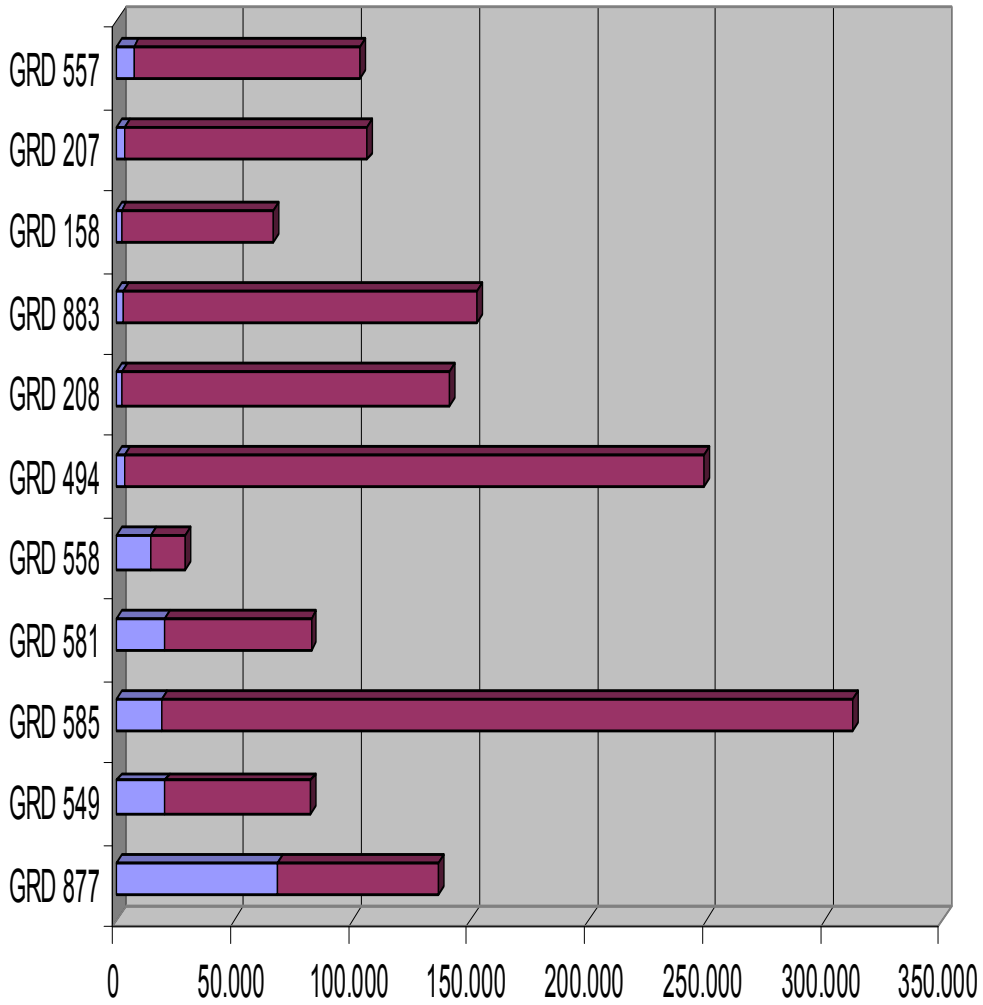
<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>*877</b>	0	<b>Q</b>	<b>48,40</b>	2	34,5
<b>*878</b>	0	<b>Q</b>	<b>29,81</b>	2	20
<b>116</b>	5	<b>Q</b>	<b>3,59</b>	8	0,88
<b>*533</b>	1	<b>M</b>	<b>4,43</b>	6	8,5
<b>*123</b>	5	<b>M</b>	<b>3,50</b>	6	6,17

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

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

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

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

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

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

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

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

**TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS****EN EL AÑO 2011**

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



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

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

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

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

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

## EPISODIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

### EPISODIO 1

F. Ingreso: 15/12/11

F. Alta: 10/01/11

#### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 51 años.

**Motivo de Ingreso:** Coma y TCE

**Antecedentes:** No alergias medicamentosas conocidas. Etilismo crónico. Fumador. EPOC, probablemente tipo enfisema.

**Anamnesis e Hª Actual:** Es traído a Urgencias de nuestro Hospital tras sufrir accidente de tráfico, llegando en coma, sin apertura de ojos, y sin respuesta motora a estímulos dolorosos, aunque emite quejidos. Gran edema facial con hematoma periorbitario bilateral. Sangrado por orificios nasales y boca. O<sub>2</sub> sat con mascarilla de reservorio de O<sub>2</sub> en torno al 88%. Se procede a su sedoanalgesia e IOT con conexión a VM. Se practica TAC corporal total, que descarta fractura craneal y vertebral. No imagen de sangrado intracraneal, torácico o abdominal. Como único hallazgo: nódulo pulmonar derecho y masa vesical compatible con neoformación. Ingresa en UCI.

**Exploración:** En coma. Ya sin sedación. Hematoma periorbitario y facial. Pupilas mióticas y con reacción escasa a la luz. Sin respuesta a estímulos dolorosos. Reflejo plantar indiferente. IOT y conectado a VM, en parámetros estándar, con FiO<sub>2</sub> de 0,4; O<sub>2</sub> sat del 100%. Ventilan am-bos campos pulmonares. TA de 110/60 mmHg. Corazón rítmico a 90 x', sin soplos. Abdomen distendido por dilatación gástrica, que mejora tras colocación de sonda buco-gástrica. No se aprecian fracturas en huesos largos. Tras sondaje uretra!, se aprecia salida de orina hematurica

**Evolución:** La guardia civil nos informó que no se trata de un accidente de tráfico y el coche estaba estacionado en el arcén, por lo que deducimos que el paciente ha sido golpeado y después se introduce en el coche. Se extuba en las primeras horas al mejorar el nivel de conciencia, que ha sido oscilante, llegando a 15 pto, que no mantiene por un cuadro de delirium tremens que debuta a los 48 horas de su ingreso. Se repite TAC de cráneo que es normal excepto por apreciarse fractura de tabique nasal y una


pequeña fractura de la órbita de-recha (ala mayor del esfenoides). Precisó, para el control de cuadro de delirio, PC de tiaprizal, con apoyo de bolos de midazolam y haloperidol. Finalmente es preciso IOT y ventilación mecánica por fracaso ventilatorio. Situación en la que se encuentra ahora, habiendo fracasado el progreso en Pr. de Soporte en 12 cm H2O. Sobreinfección respiratoria por E. Cali. Ha sido necesario transfundir por anemización secundaria a la hematuria, que se ha controlado. : 11 de Riotinto

Al finalizar la 2ª semana se plantea traqueostomía electiva, pero al progresar en el des d-te se postpone para ver evolución. Se consigue la extubación el 6/1/11, pero varias ho después presenta hemoptisis que motiva su reintubación. Se comprueba por fibrobroncoscopia (realizada por nosotros mismos) sangrado cohibido por el balón de neumotaponamiento. Tras 36h se compraba cese de sangrado que facilita la extubación. Esta mañana, tras 36h extubado presenta fallo ventilatorio que motiva nueva reincubación, no apreciándose sangrado en vía aérea. Se detecta hipoventilación del hemotórax derecho constatándose en la Rx atelectasia de dicho pulmón. Ha y derrame pleural ya evidenciado y estudiado previamente (exudado). A petición de la familia (que viven todos en Huelva) se solicita traslado a su Hospital Je referencia, en este caso precisando cama en la Unidad de Cuidados Intensivos. Emitir os este informe, solicitado por Gestoría de Usuarios, con esa finalidad. Tras contactar nuevamente con la UCI HJRJ y haber cama disponible se realiza el trasialdo en UVI Móvil.

DIAGNÓSTICO: Traumatismo facial. Coma (con componente etílico). Delirium tremens .Insuficiencia respiratoria con perfil de Crónico reagudizado. Neoformación vesical . Lesión traqueal pendiente de estudio (Decúbito, traquemalacia...)

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

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

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
553	1	M	Otros trastornos sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con CC Mayor

## **EPISODIO 2**

F. Ingreso: 21/05 /11

F. Exitus: 21/05/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 67 años.

**Motivo de Ingreso:** AVC

hemorrágico en situación de coma.

**Antecedentes:** No alergias conocidas. DM tipo 2 en tratamiento con ADO de 5 días de evolución. Gonartrosis bilateral intervenida en 2004 de artroplastia total de rodilla derecha, rescatada 2 días más tardé. Poliposis nasosinusal bilateral grado II, con buena respuesta al tratamiento médico. Operada de quiste en pared vaginal benigno en año 1990. Síndrome ansioso-depresivo. Hernia de hiato. Síndrome vertiginoso. (/) Intervenida de quiste hidatídico pulmonar. Buena calidad de vida.

**Anamnesis e Hª Actual:** Súbitamente, tras dolor de cabeza intenso, sufre caída al suelo quedando con bajo nivel de conciencia. La traen a Urgencias en situación de coma (Glasgow de 4, M2, 01, V1). Se realiza TAC craneal que - CC muestra extenso hematoma intraaxial a nivel de cuerpos laterales, asas occipitales y frontales, tercer y cuarto ventrículo, con mayor distensión siempre en las cavidades izquierdas; borramiento difuso de -a) surcos meníngeos y cisuras por extenso componente edematoso, discreta desviación de la línea media hacia la derecha. Valorada por el Servicio de Neurocirugía del HV del Rocío es desestimada para cirugía. Ingresa en UCI.

**Exploración Física:** TA: 186/89. FC: 85 spm. SatO2: 100%. En ventilación mecánica. AC: rítmico, no soplos. AP: BMV, no crepitantes. Abdomen: globulosos, no masas ni megalias. 121 EEl: no edemas ni signos de TVP. Pulso derecho distal más débil. Exploración neurológica: Glasgow de 4 (moviliza el brazo derecho en extensión) movimientos espontáneos que parecen descargas "eléctricas" en MII (extrapiramidal?), pupilas puntiformes pero reactivas, ausencia reflejo corneales, presencia del tusígeno, RCP indiferente, ROT presentes en lado izquierdo, no en el derecho.

**Pruebas complementarias:** Hemograma: Normal O Bioquímica: Normal, salvo hiperglucemia. ECG: Normal 1.11. RxTórax: no


infiltrados pulmonares, no cardiomegalia, punta de catéter en entrada de aurícula, tubo orotraqueal en mitad de la tráquea.

**Evolución:** En pocas horas evoluciona a muerte encefálica (diagnóstico a las 15.30 horas) Se confirma mediante prueba instrumental (angioTAC), se propone la donación de órganos que a familia acepta.

**DIAGNÓSTICO:      **AVC hemorrágico. Coma estructural. Muerte encefálica.****

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

Codificación y asignación de GRD

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

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

## **EPISODIO 3**

F. Ingreso: 07/06/11

F. Ingreso: 07/06/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 88 años.

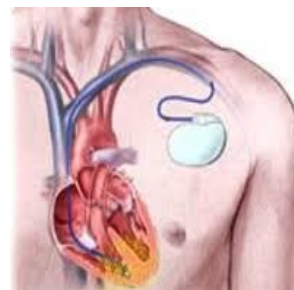
**Motivo de Ingreso:** Recambio generador  
MPD

**DIAGNÓSTICO:**      **Marcapasos definitivo ( V45.01- Marcapasos  
cardiaco)**

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

## Codificación y asignación de GRD

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



GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
118	5	Q	Sustitución del generador de marcapasos cardiaco

## **EPISODIO 4**

F. Ingreso: 10/03/11

F. Alta: 12/03/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 75 años.

**Motivo de Ingreso:** Revisión

**Anamnesis e Hª Actual:** Acude por inflamación del bolsillo del marcapasos. No ha tenido fiebre, ni dolor en la zona.

**Exploración:** No signos inflamatorios. Herida quirúrgica cerrada.

**Pruebas diagnósticas:** Se extraen 7 cc de líquido seropurulento. Se envía muestra a microbiología para gram y cultivo. Se instila amikacina e amikacina en el bolsillo (500 mg). Se cita para mañana para nueva valoración e instilación o decidir si se explanta el sistema o se decide tratamiento conservador.

**Juicio clínico:** Marcapasos ( V45.01- Marcapasos cardiaco)

**DIAGNÓSTICO:** Revisión marcapasos cardiaco

**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
116	5	Q	Otras implantaciones de marcapasos cardiaco permanente

## EPISODIO 5

Fecha de cardioversión: 13/07/2011

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 74

**Motivo de Ingreso:**

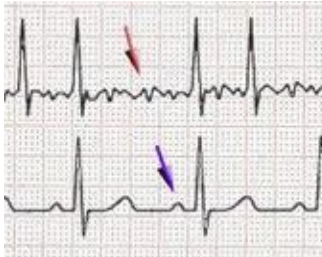
**Antecedentes:** Alérgica a penicilina. Fibrilación auricular paroxística. Cardiopatía isquémica crónica con enfermedad multivaso y revascularización percutánea (5 stents) en septiembre de 2010. HTA. Dislipemica. Exfumadora. Hipotiroidismo. Mala tolerancia a Amiodarona. Ecocardiografía: HVI ligera, FE 64%. Llenado VI de tipo alteración de la relajación. Al 41 mm. IAo y Mitral ligeras. En tto domiciliario con Sotalol 80 mg oral / 12 h

**Anamnesis e Hª Actual:** Consulta en Urgencias el 12/07 por palpitación y disconfort toracico. En ECG se aprecia FA a 110 spm. Pasa a Observación donde se intensifica su tratamiento con Sotalol oral, que es su tratamiento de base, sin respuesta. Se practica hoy cardioversión eléctrica. Se da un cho-que bifásico (100 J). Sale en ritmo sinusal a 45 spm, bajo sedación con 40 mg de Propofol. Estable.

DIAGNÓSTICO: FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO. -  
CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EXITOSA

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA  
COM

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
139	5	M	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción sin CC

## EPISODIO 6

F. Ingreso: 16/03/11

F. Alta: 25/03/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 61

**Motivo de Ingreso:** Paciente que ingresa en UCI procedente de Urgencias por AVC isquémico.

**Antecedentes:** No alergias medicamentosas conocidas. HTA; Dislipemia. Exfumador desde hace 30 días. Bebedor habitual. Lesión en A. central de la Retina hace 10 años con pérdida visión parcial en OD. Tratamiento actual: Enalapril hidroclorotiazida; Clopidogrel y Estatina,

**Anamnesis e Hª Actual:** La noche del ingreso, de forma brusca, nota pesadez e imposibilidad de mover el brazo derecho y casi se cae al intentar levantarse, con dificultad para el habla. Acude a nuestro Hospital con disartria ligera-moderada, asimetría ligera facial y disminución de fuerza en hemicuerpo derecho, más evidente en brazo (0/5) que en pierna (2-3/5), sin pérdida de sensibilidad. No afectación de pares craneales. Se realiza TAC de cráneo, sin contraste, urgente que es informado sin focos hemorrágicos ni áreas de isquemia. Ingresó en UCI para fibrinólisis: NIHSS de 9 puntos y con menos de 3 horas de evolución. Tras contactar con el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío a través de teleictus, se decide fibrinólisis, al no existir ninguna contraindicación.

**Exploración:** FC 88 spm; PA 150/80 mmHg; SpO2 98% con FiO2 de 0.28. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: Ventilación ambos campos, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible no doloroso. No

mego-has. EEl: Sin edemas. Lo referido en la exploración neurológica arriba comentada.

**Pruebas complementarias:** Bioquímica: Glucemia 116 mg/dL; Urea 39 mg/dL y Creat 0.94 mg/dL; Na<sup>+</sup> 139 mmol/L y le de 3.6 mEq/L. Hemograma: Hb 15.2 g/dL; Hto 44•4 %; leucocitos de 8.150/mm3 ECG: Ritmo sinusal 80 spm. PR 160 msc. Sin trastorno de la repolarización. Rx de tórax: sin hallazgos de interés.

**Evolución:** Cuando restaban 5 minutos para finalizar el protocolo de fibrinólisis, aparece afasia con sudoración profusa y gran inquietud. Se suspende la perfusión de rTPA y se solicita TAC de cráneo y Plasma fresco. Evoluciona de forma brusca con aparición de ronquidos, disminución nivel de conciencia y vómitos. Se intuba y se conecta rQ ventilación mecánica; El nuevo TAC muestra en la región de la protuberancia al menos tres focos de hemorragia parenquimatosa y en su región más craneal, hipodensidad homogénea en posible relación con lesión isquémica de la misma. Tras 48-72 horas, retirada sedación, recupera nivel de conciencia, teniendo un Glasgow por encima de 10, por lo que se extuba sin incidencias iniciales. Tras 3-4 días en espontánea, comienza a tener problemas para manejar secreciones, precisando múltiples aspiraciones por nariz y boca para ayu-darle y uso de antohipertensivos para controlar tensiones arteriales: Se encontrarba taquicárdico y con fiebre, y en la Rx Tórax de control aparecen infiltrados en ambas bases pulmonares por lo que ante la sospecha de sobreinfección. Se sacan hemocultivos, cultivo de aspirado traqueal y urocultivo (pendientes a la fecha del informe). Se decide intubación electiva para aislamiento y mejor manejo de vía aérea, Tras la intubación y conexión a ventilación mecánica, se normalizan tensiones, desaparece la taquicardia y los infiltrados pulmonares se limpian, lo que va más a favor de un edema pulmonar de origen cardíaca vs atelectasias basales como la causa del empeoramiento. De todas formas dejamos la antibioterapia de amplio espectro iniciada, pendiente de los cultivos sacados. En TAC de control de 5 días después, teniendo en cuenta los artefactos de la técnica, parece que las lesiones hemorrágicas son menos extensas,

pudiendo afirmar con seguridad que las lesiones no han aumentado. Se procede a la realización de traqueostomía percutánea y desconexión de la ventilación mecánica. Por expreso deseo de la familia y a través de su aseguradora, se organiza repatriación a su país en avión medicalizado.

Al alta, el paciente se encuentra afebril, estable hemodinámicamente y con buena diuresis. Tolerancia intermitente de la nutrición enteral, por lo que se apoya con nutrición venosa periférica. Neurológicamente, aun con déficit motor derecho pero con apertura espontánea de ojos y con repuesta a estímulos verbales, con colaboración escasa a la exploración y a respuesta a órdenes.

**DIAGNÓSTICO:    Accidente cerebrovascular de tronco de encéfalo hemisférico. Fibrinólisis con rTPA. Conversión hemorrágica. Ventilación mecánica. Traqueostomía percutánea.**

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

Codificación y asignación de GRD

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



GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
878	0	Q	Traqueostomía con ventilación mecánica más de 95 horas sin procedimiento sin procedimiento quirúrgico mayor o traqueostomía con un diagnóstico motivo del ingreso que no es de boca, laringe o faringe sin procedimiento quirúrgico mayor

## EPISODIO 7

F. Ingreso: 13/04/11

F. Alta: 13/05/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 26      **Motivo de Ingreso:** Shock séptico (con sospecha de cocos gram negativos como causante).

**Antecedentes:** No alergias conocidas. ExADVP. Actualmente fumador de cannabis. Luxación recidivante de hombro para la que se hizo artroscopia de hombro. Ha consultado por episodios de fiebre de 48 horas de evolución y dolor lumbar en varias ocasiones. Mantoux positivo.

**Historia Actual:** Desde hace un día tiene fiebre. Durante la madrugada le han salido manchas violáceas por el tronco. Vómitos. Consulta a DCCU que lo traslada al Hospital. Lo ingresamos directamente en UCI por el mal estado general. Se cursan Hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona.

**Exploración Física:** Muy mal estado general, intranquilo, respiración superficial 40 rpm. Relleno capilar >2". FC 85. TA Ct75/40. Enantema en paladar. Petequias de gran tamaño en cuello, cara, tórax y abdomen. H AC: tonos rítmicos a 85 spm. No soplos. AP: ventilan ambos hemitórax. Crepitantes en hemitórax izquierdo. uni Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. RHA presentes. MMII: iniciando petequias en piernas. No se palpan pulsos.

**Pruebas Complementarias:** L1.1Hemograma: leucocitos 8.120 Hb 15.9g/dL; Hto 48.4%; Pla.21.000 2 Coagulación: alargamiento de los tiempos (TPTA no se puede medir), TP 9.02. Dímeros 20. Bioquímica: Glucemia 64 mg/dL; Creat 2.57 mg/dL; Na+139 mEq/L; r 3.3 mEq/L. Bt 1.56 mg/ml. Proteína C reactiva 150.8 mg/dl. Procalcitonina >10. pH 6.99, EB- 18. Láctico 9.3 C.: G. venosa: pH 7.30; Bic t 2mEq/L, EB - mmol/L. ECG: RS a 80 spm. . LL. Rx de tórax: silueta cardiaca de

tamaño normal. Infiltrado bilateral. Gran dilatación de la cámara Z gástrica, vía yugular interna derecha posicionado en subclavia.


**Evolución:** Al ingreso se inicia tratamiento del shock séptico guiado por objetivos. Se procede a intubación y se pasa PFC y plaquetas. Se monitoriza hemodinámicamente. Comienza a sangrar por los puntos de punción, las fosas nasales y la boca. La evolución en las primeras 24-48 horas está marcada por la situación de shock séptico con fracaso multiorgánico (renal, hemodinámico, hematológico, respiratorio) y la coagulación intravascular diseminada, que requiere múltiples transfusiones de PFC, plaquetas y concentrados de hematíes por la anemia. Se comienzan a delimitar en las primeras 72 horas un área isquémica en calcetín en ambas piernas, junto con isquemia de algunos dedos de ambas manos. Llega hemocultivo positivo para *N. meningitidis*. (no se realiza PL debido al cuadro de CID con el que debuta el paciente) Se va recuperando la función renal y la situación hemodinámica va mejorando progresivamente, pudiendo retirarse las aminas al 8° día. Desarrolla una debilidad del enfermo crítico. Se realiza traqueostomía percutánea el día 29 de abril, sin incidencias. Finalmente se retira ventilación mecánica el día 9 de mayo y se excanula el día 11 de mayo. No ha presentado infecciones nosocomiales.

**Problemas activos al alta de UCI:** 1. Escaras cutáneas diseminadas por el cuerpo en distinto grado de resolución. 2. Úlcera sacra y en trocánter izquierdo, profundas, con tejido de granulación. 3. Escaras con áreas necróticas en ambas piernas desde tercio medio de la tibia hasta los pies: incluyendo talones y dedos, que impresionan de ligera mejoría en las 2 últimas semanas. 4. Lesiones necróticas en dedo índice mano izquierda, dedo meñique mano derecha y falanges, o distales de dedos índice, medio y anular de mano derecha.

DIAGNÓSTICO:                    **SHOCK SÉPTICO. FALLO MULTIORGÁNICO: RESPIRATORIO, HEMODINÁMICO, RENAL, HEMATOLÓGICO (CID). AISLAMIENTO DE NEISSERIA MENINGITIDIS EM HEMOCULTIVO. - DEBILIDAD DEL ENFERMO CRÍTICO. -HERIDAS CUTÁNEAS MÚLTIPLES DEBIDAS A SU PROCESO INICIAL. -LESIONES SECUNDARIAS A ISQUEMIA EN AMBAS PIERNAS.**

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
878	0	Q	Traqueostomía con ventilación mecánica más de 95 horas sin procedimiento quirúrgico mayor o traqueostomía con un diagnóstico motivo del ingreso que no es de boca, laringe o faringe sin procedimiento quirúrgico mayor

## **EPISODIO 8**

F. Ingreso: 20/11/11

F. Alta: ¿exitus?

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 82

**Motivo de Ingreso:** IAM evolucionado

**Antecedentes:** No alergias conocidas. Fumadora de 15-20 cig/día. HTA, Dislipémica. No DM conocida. Hipotiroidismo autoinmune. Síndrome depresivo. Dos cesáreas. Vida activa antes del actual cuadro, aunque con ciertas limitaciones y disnea a moderados esfuerzos. No historia previa de dolores torácico. Estudiada en 2009 O por disnea: ecocardiografía con una FE conservada, cardiopatía hipertensiva y estenosis aórtica moderada degenerativa; ECG en R5 con un PR 200 mseg. Tratamiento domiciliario: eutirox, simvastatina, valsartan/hidroclorotiazida, lorazepam, seraxat.

**Anamnesis e Hª Actual:** Hace 10 días tuvo un dolor centrotorácico opresivo irradiado a la espalda que le duró 24 horas. Des-de entonces presenta dolores parecidos pero menos intensos, esporádicos, sin relación con el esfuerzo ni con el reposo, junto a disnea que se ha hecho a mínimos esfuerzos, con gran cansancio. Hoy acude por ausencia de mejoría del cuadro. En el ECG se detecta un QS en cara anterior con una elevación del O segmento ST desde V4 a V5 y en cara inferior. Desde hace tres días no presenta dolor. Decido ingreso en UCI tras caídas de tensión arterial con gran cortejo vegetativo en observación.

**Exploración Física:** TA: 85/64. FC: 97 spm. SatO2: 100% con gafas a 2 lpm. AC: arrítmico, soplo sistólico rudo, multifocal, irradiado a axila. AP: crepitantes bibasales, sibilantes espiratorios, no taquipnéa. Abdomen: globuloso, no masas ni megalias. EEII: pulsos débiles pero simétricos, no edemas ni signos de TVP.

**Pruebas complementarias:** Hemograma: 12200 leucocitos con 81.2 % N, serie roja y plaquetas normales. Bioquímica: glucosa 144 mg/dl, Cr 1.42 y Urea 94 mg/dl, iones bien, Bot 49 U/L, GPT y GGT normales. LDH 1088 U/L, CPK 572 U/L, Tnl 18.02 ng/ml, Mglbna 398 ng/ml. ECG: AC por FA con buena frecuencia, q en III y aVF, QS desde V3 a V5, ascenso ST 3 mm en V4 y V5, 1 mm V3 y V6 y mínimo en cara inferior. Rx Tórax: patrón de redistribución vascular e hilios congestivos compatible con FVI.

**DIAGNÓSTICO: IAM evolucionado. Fibrilación auricular de origen incierto. Shock cardiogénico**

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

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 8</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V



GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
123	5	M	Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio. Exitus.



Cardiaca: tonos rítmicos, no ausculto soplos. Auscultación Respiratoria: Hipoventilación pulmón dcho con abundantes ruidos de secreciones, roncus y sibilantes ambos campos pulmonares. Abd.: Blando, depresible, RHA presentes. MMII: Pulsos positivos y simétricos. No edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y reactivas. GCS : RO 1 RV 1RM 1/15 ptos.

**Pruebas complementarias:** Hemograma: Hb 12.2g/dL; Hcto 37%, 6570leucocitas (66% neutrofilos, 22.5 % linfocitos), plaquetas 57000 Coagulación: TP 33, TPTA 70 seg. Bioquímica: Glucemia 95 mg/c11; Urea 67mg/dL; Creat 0.7mg/dL; Na+ 140mEq/L; IC 3.8 mEq/L. Ca 1.1 Bilirr T 6.4 Bilirr Dir 6.27 GOT 247 GPT 94 LDH 724 PCR 160 PCT 0.5. GSV: PH 7.28 PaCO2 68 CO3H 31 EB4 Lactato 4. Ag Neumococo y Legionella en orina: negativos. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: IOT a 2 cm de Carina, Infiltrado alvéolo-intersticial dcho como dudosa imagen cavitada.

**Evolución:** Tras sedoanalgesia inicial y maniobras de apertura pulmonar tras la intubación, se controlan inicialmente presiones pico/meseta alcanzando volúmenes >8m1/Kg/min y sátO2>95% con FiO2 65%. Se extraen abundantes secreciones respiratorias purulentas a través del tubo orotraqueal, tomando muestra para BAS, cultivo de mico-bacterias, hongos y Pneumocystis. Se cursa a su vez Hemocultivos seriados (desde urgencias) serología atípicas, VHB-C-VIH con recuento CD4/CD8, carga viral.-Ag neumococo y Legionella en orina son negativos. Se pauta antibioterapia empírica de amplio espectro para neumonía grave de la comunidad en paciente inmunodeprimido VIH cubriendo Pseudomonas (fumadora y bronquitis crónica) y Pneumocystis, al desconocer estadio, carga viral y CD4 de la paciente em el momento actual, no pudiendo descartar infecciones oportunistas ( Cefepime+Levofloxacino+cotrimoxzol), desescalando a posteriori con antibioterapia dirigida según resultados de microbiología. Destaca en analítica a su vez datos de insuficiencia hepática con Bilirr >6 con aumento de transaminasas, trombopenia y coagulo-patio, por lo que se pide para transfundir 1 pool de plaquetas y PFC. Dada la severidad del cuadro y situación


inmunodeprimida de base de la paciente se informa a la familia de pronóstico. Según nos refiere la familia, encontraron a la paciente en su cama con bajo nivel de conciencia y trabajo respiratorio tras un tiempo no determinado, parece ser tras 2-3 días. Tras 48hrs, se obtienen resultados microbiológicos S.Aureus meticilin sensible en hemocultivos seriados y BAS, pudiendo desescalar antibioterapia a Cloxacilina iv, con resolución paulatina del SRIS e infiltrado pulmonar. Las baciloscopias fueron negativas. Tras retirada de sedación iv, llama la atención la escasa respuesta neurológica, con pupilas medias reactivas y pobre respuesta motora, tan solo gestos de dolor al estímulo nociceptivo intenso y en ocasiones retirada al dolor(GCS: RO1RV1RM2/11ptos), junto a la aparición de crisis convulsivas-status epileptico que cede con Fenitoina iv+Valproato pc. Se realiza Tac craneal en el que no se objetivan lesiones isquémicas ni lesiones ocupantes de espacio (toxoplasmosis...) por lo que se procede a realización de PL, con emisión de LCR claro con proteinorraquia. Presentó debito hemático por SNG que se controló con protección gástrica y suspensión temporal de nutrición entera, por SNG. El 23/07 comienza de forma súbita con alteración circulatoria con hipotensión arterial precisando fluidoterapia intensa y aminos vasoactivas(DA y NA) y fracaso renal agudo con oligoanuria, elevación de Ur 180 y Cr 1.9 junto a trastornos severos hidroelectrolíticos, con Hipernatremia 151 K 8 Lactato 8.5, acd. Metabólica severa, y escasa respuesta a fluidos, medidas para hiperpotasemia(Bicarbonato 1M, Gluconato Ca, Gluc+Insulina iv pc, Furo-semida PC.....) asociando a su vez fallo hepático agudo con hepatocitolisis intensa, Hiperbilirrubinemia >9, Coagulopatía con alargamiento tiempos de Protrombina y Cefalina y Plaquetopenia 60.000, junto a aparición de nuevo de sangrado por SNG(coagulopatía de consumo?/Sangrado por varices esofágicas?), pautándose y controlándose el sangrado con transfusión de PFC y 2+2 ui. Conc. De Htes por anemia paralela. Durante las siguientes 12-24hrs similar situación, dependiente de vasoactivos para alcanzar aceptables cifras TAM, con anuria franca a pesar de fluidoterapia y diuréticos pc, pautándose Albumina iv ante tórpida evolución y sospecha clínica de Síndrome Hepatorrenal( trastorno

circulatorio con FRA sin respuesta a liq-diureticos y alt. Hepatica severa)en paciente VIH-VHC+ y probable cirrosis hepatica con episodio hemorragico como probable desencadenante, no obteniendo ninguna respuesta de mejoría a pesar de todas las medidas iniciadas, y presentando shock refractario con bradicardia extrema y asistolia a 1:50hrs 25/07.

DIAGNÓSTICO: Neumonia grave de la comunidad por GP en paciente no inmunocompetente VIH+ de esta-diaje incierto no cumplidora de tratamiento. Sepsis grave origen respiratorio. VI-19-VHC+. Sospecha Encefalopatia anoxica-isquémica severa. Status convulsivo. Probable síndrome hepatorenal como desenlace final: trastorno circulatorio+FRA+Fallo hepatico severo. Exitus.

*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
706	24	M	VIH con múltiples infecciones mayores relacionadas con el VIH sin tuberculosis

## EPISODIO 10

F. Ingreso: 24/01/11

F. Alta: 26/12/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 70

**Motivo de Ingreso:** Bloqueo AV completo  
sincope

**Antecedentes:** No alergias conocidas. Fumador activo de 3-5 cig/día. HTA. DM tipo 2. Dislipémico. Insuficiencia venosa. Operado de cataratas. No ingresos hospitalarios. Lleva desde hace unos años con episodios de mareos y presíncopes, pero sólo acudió hace un d'IQ (Dic'09) a urgencias por uno de ellos, en el que se vid en el ECG un BCRI con HIA y un PR en los límites; se derivó a CEMI a la cual no ha ido. Ha seguido pre-sentando estos episodios. Tratamiento domiciliario: alctitil, glibenclamida, metformina, AAS. pentoxifilina, ibuprofeno, loraze-pam, paractamol, ezetimiba, fenofibra, irbesartán/hidorclorotiazida, vildagliptina y lantus.

**Anamnesis e Hª Actual:** Este mediodía sufre episodio sincopal con ronquidos por lo que es trasladado a urgencias, constantán- dose tanto en el DCCU como en urgencias un bloqueo AV completo con salida ventricular lenta y con QRS ancho (con semiología de BRD) precisando en dos ocasiones atropina. En observación queda a una frecuencia de 20-25 con mareos frecuentes. Tras descartar causas farmacológicas y metabólicas, in-greso en UCI y procedo al implante de un marcapasos transitorio por yugular derecha con punta de electrodo en apex de ventrículo sin ninguna incidencia. Se hace dependiente.

**Exploración física:** : 14: TA:.90/40. FC: 25 spm. SatO2: 100%. AC: rítmico, no soplos. AP: BMV, no crepitantes. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos simétricos pero débiles.

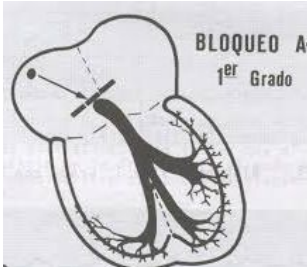
**Pruebas complementarias:** : Hemograma: serie blanca y plaquetas normales, Hto 37.9 %. LIJBioquímica: glucosa 143 mg/dl, Cr 1.27 y Urea 61 mg/dl, iones normales. ECG: bloqueo AV completo con QRS ancho a 25 spm, escape con BRD. Ecocardiografía: HVI concéntrica. Contracción ventricular anómala por estimulación cardiaca transitoria. VI no dilatado. La función ventricular impresiona como ligeramente deprimida.

**Evolución:** Se implanta MP definitivo bicameral de St. Jude el día 25 de enero sin incidencias. Tras 24 horas más de observación damos alta a domicilio.

**DIAGNOSTICO: Bloqueo AV completo sincopal. Marcapasos transitorio.**

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

Codificación y asignación de GRD

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

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
116	5	Q	Otras implantaciones de marcapasos cardiaco permanente

## EPISODIO 11

F. Ingreso: 24/04/11

F. Alta: 24/04/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 72

**Motivo de Ingreso:** Cirugía programada

**Antecedentes:** FRCV: 1-ITA; DM tipo 2 en tratamiento con insulina. Obesidad. IMC=40.67. Dislipemia; exfu-mador desde hace 30 años. Fibrilación auricular crónica. Etiquetado de cardiopatía isquémica. Nunca ha tenido ingresos. Arteriopatía periférica. Claudicación intermitente a 25 m. Desde hace un mes tiene disnea a mínimos esfuerzos. Tratamiento habitual: sintrom, digoxina, insulina.

**Anamnesis e Hª Actual:** Mientras caminaba por su casa, comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda, acompañado de sudoración. Lo atienden en su domicilio. En ECG se aprecia ascenso del ST en cara anterior. Lo trasladan al Hospital, donde llega con una hora y media de evolución del dolor. ECG similar. Ingreso en UCI.

**Exploración física:** MEG, sudoroso, mal perfundido, PA 100/70 mmHg. Pulsos radiales simétricos. AC: Corazón arritmico a 115 spm. No soplos. AR: Espiración alargada, sin estertores crepitantes. SpO2 85% con FiO2 0.28. Abdomen: sin hallazgos. MMII: no edemas. Piernas de coloración violácea con trastornos tróficos crónicos.

**Pruebas complementarias:** ECG: FA a 115 spm. Morfología de BRIHH. Ascenso del ST de V1-V5 (hasta 12 mm en V3). Bioquímica: Glucemia 262 mg/dL; Urea 43 mg/dL; Creat 0.89 mg/dL; Na<sup>+</sup> 137 mEq/L; r 3.9 mEq/L. CPK 59u/L; MB 3.7, Tnl 0.15, Mioglob 175 ng/mL. Hemograma: leucocitos 10.000. Hb 12.3 g/dL; Hto 35.8%; 187.000 plaq. Coagulación: dentro de la normalidad. Rx de tórax: pendiente.

**Evolución:** Hace 7 días se había retirado anticoagulación oral,


pasando a HBPM. Antes de decidir fibrinólisis espero IN, que es menor de 1.5 por lo que realizo fibrinólisis a las 2.5 horas de inicio de la sintomatología. A los 90 minutos de la fibrinólisis ha bajado el ST 2mm, el dolor persiste aunque menor, pero está en mala situación hemodinámica, hipotenso, tendente a la taquicardia. Se comenta con Hemodinámica para angioplastia de rescate.

**DIAGNOSTICO: SCACEST. IAM anterior extenso.**

En el laboratorio de hemodinámica sufre PCR procediéndose a RCP-A. Sale en situación de shock que precisa balón de contrapulsación. Queda ingresado en la UCI del hospital JRJ.

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

Codificación y asignación de GRD

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

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
549	5	Q	Procedimientos cardiovasculares mayores con cc mayor

## EPISODIO 12

F. Ingreso: 08/08/11

F. Exitus: 15/08/11

### INFORME DE EPICRISIS

**Edad:** 79

**Motivo de Ingreso:** Paciente que ingresa en UCI por insuficiencia cardiaca.

**Antecedentes:** : No alergias medicamentosas conocidas. FA. Dm tipo II. Insuficiencia venosa periférica. Enucleación tras infección 2' a glaucoma de ojo izquierdo (portador de prótesis). Autónomo para actividades habituales

**Anamnesis e Hª Actual:** Desde hace un mes y medio refiere astenia. Consulta en Urgencias en 2 ocasiones, detectándose FA con RVR. Ha recibido tratamiento con manicion y sintrán y tras la segunda consulta en Urgencias por el mismo motivo se cambia manidon por amiodarona. Desde hace unos días aumenta la disnea, sin dolor torácico ni cortejo vegetativo. Refiere haber estado acatarrado días atrás, con algo de tos y expectoración. Es derivado a Urgencias por FA a 140 spm detectada en su Centro de Salud. En Urgencias recibe tratamiento con pc de amiodarona, con la que mejora la frecuencia cardiaca hasta 70-80 spm, pero se hipotensa (hasta 65 mm de TA5), cayendo las diuresis. Se suspende y se administran 2 viales de digoxina y tto diurético y broncodilatadores, además de antibioterapia empírica con augmentine con una Rx tórax con dudoso infiltrado basal derecho. Me consultan por persistir con FC elevadas, con deterioro de función renal con creatinina de 2,17 (la basal hace un mes es normal), hiperpotasemia de 6.,2 y diuresis cortas. Además en gasometría destaca acidosis metabólica con pH 7,19 y bicarbonato de 17 con Láctico de 8,8 mmo1/1. En Observación ha presentado un episodio de vómito alimenticio. Ingreso en UCI para estabilización.

**Exploración:** Bien perfundido. Somnoliento. No ingurgitación yugular. TA 122/73 mm Hg, FC 113 spm. SatO<sub>2</sub> 97% con Vmask al 40%. FR 30 rpm. T° 37,2°C. AC: tonos arritmicos. No oigo soplos. AP: Discreta hipoventilacion bibasal, sin crepitantes. Abdomen: Globuloso, depresible. No palpo masas. MMII: Minimios edemas ni signos de TVP, con trastornos tráficos en zonas pretibiales.

**Pruebas complementarias:**

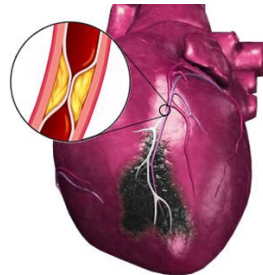
**Evolución:** La evolución ha sido tórpida, precisando ya desde el principio ayuda de aminas para mantener buenas tensiones y conservar diuresis. A las 24 horas de ingresar entra en EAP precisando, además del tratamiento estándar, CPAP de Boursignac, no mejorando por lo que se procedió a IOT y conexión a VM. Desarrolla una hepatitis por bajo gasto, al igual que había hecho el fracaso renal. Le realizamos una ecoceirradiografía en la que se constata una disfunción VI muy severa (compatible con isquemia anterior extensa). A la vista de estos resultados decidimos no medidas nuevas. Tras 2-3 días sin evolucionar a peor ni a mejor, empeora de nuevo, decidiéndose, con la familia informada, retirada de medidas. Fallece en situación de shock cardiogénico refractario el día 15 de agosto de 2011 a las 5.45 h.

**DIAGNÓSTICO:** IAM anterior. EAP. Shock cardiogénico. FMO (renal, hepático, plaquetario, neurológico, ...). Disfunción VI muy severa. Neumonía por broncoaspiración.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

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



<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
123	5	M	Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio. Exitus.

## EPISODIO 13

F. Ingreso: 18/04/11

F. Alta: 14/05/11

### EPICRISIS

**Edad:** 72

**Motivo de Ingreso:** Paciente que ingresa en UCI para control postoperatorio tras resección de sigma por perforación con peritonitis fecaloidea.

**Antecedentes:** No alergias medicamentosas conocidas. Neoplasia de próstata derivado por resistencia a hormonoterapia a Oncología donde recibe RT, con descenso de PSA y posterior reascenso, con estudio de extensión hace 1 mes, que fue negativo (todo según refiere la familia; no hay informes). IQ: amigdalectomía. Tto domiciliario: OMEPRAZOL 20 mg, OTILONIO BROMURO 1.5 mg, TAMSULODINA 0,4 mg, PROCRIN trimestral.

**Anamnesis e H<sup>a</sup> Actual:** : Paciente con historia de 1 mes de evolución de diarrea y dolor abdominal tipo cólico, valorado el 15/4, y remitido a CCEE de Cirugía por probable cuadro obstructivo colónico a estudio. Acude hoy de nuevo a Urgencias con cuadro de abdomen agudo con Rx de abdomen con neumoperitoneo. Destaca en la analítica leucopenia con 600 leucocitos. Se interviene de urgencias apreciándose pelvis congelada "alrededor" de la próstata, con importante dilatación de sigma, que presenta varias perforación y peritonitis fecaloidea. Se reseca sigma y se hace colostomía izquierda. Se cierra con bolsa de Bogotá por presentar compartimento intraabdominal. Precisa sueroterapia intensa en quirófano e inicio de perfusión de aminos. Ingresa en UCI para control postoperatorio.

**Exploración:** Llega bajo efectos de anestesia general, conectado a VM. TA 82/42 mmHg, FC 127 lpm, sat O<sub>2</sub> 98 % con VM FiO<sub>2</sub> 60%. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: Ventilación ambos campos sin ruidos sobreañadidos. Abdomen con herida de laparotomía media cerrada

con bolsa de Bogotá y con colostomía izquierda. EEl sin edemas, con periferia fría.

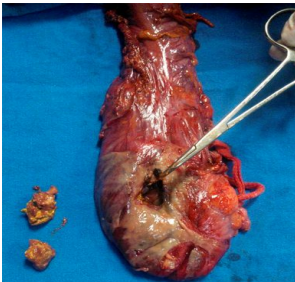
**Pruebas complementarias:** Hemograma: Hb 12.6 g/dL; Hcto 38,8 %, 1160 leucocitos ( neutr 68,9%, linfoc 25%), plaquetas 221000. Coagulación: TP ratio 1.71, TPTA ratio 1.29. Bioquímica: Glucemia 121 mg/dL; Urea 41 mg/dL; Creat 0,65 mg/dL; Na<sup>+</sup> 139 mEq/L; IC 2.9 mEq/L, Gasometria venosa (VM FiO2 0,6): pH 7.35, pCO2 46, bic 22, EB -3, lactato 4.5. Procalcitonina 10 ng/ml ECG: RS a 98 spm. PR normal. No trastornos de la repolarización. Rx tórax: sin hallazgos.

**Evolución:** El paciente evoluciona hacia la estabilización tras las 1° 24hh en situación crítica (N-adrenalina a dosis altas, necesidad de sobrecarga de líquidos y hemoderivados). Progresivamente mejora por lo que se procede al cierre de la pared abdominal al 110 día. El paciente presenta polineuropatía del paciente crítico que evoluciona a tetraplejía. Traqueotomía el 3/5/11. Aislamiento de Stp bovis que hace sospechar Neo digestiva que se confirma : Cáncer de recto sigma estadio IVb (T4-N2-M1b). Y además se aprecia en ganglios de plexo nervioso células indiferenciadas de Ca 10 de próstata. Ante esto y consultar con Id-familia se decide no pregresar en dsetete y retirar medidas, que a la luz de los hallazgos, sean fútiles. Se sedoanalgesia. No obstante desde el 6° día tenía Pauta C, excepto las referentes a corregir el proceso quirúrgico. Fallece a las 1:45h am del 14/5/11.

**DIAGNÓSTICO: PERITONITIS FECALOIDEA 2° PERFORACIÓN CA RECTO-SIGMA IVb (T4-N2-M1b) SHOCK SEPTICO CONTROL POSTOPERATORIO RESECCIÓN DE SIGMA CON COLOSTOMÍA IZQUIERDA. CIERRE CON BOLSA DE BOGOTA POR SD COMPARTIMENTAL. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. Sb BOLTON NEO DE PRÓSTATA**

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

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
877	0	Q	Oxig. Memb. Extrac. O traqueostomia con vent. Mec.+ 96 hrs o sin diag. Princ. Trast. Orl con proc. Quir. mayor

## EPISODIO 14

F. Ingreso: 27/08/11

F. Alta: 09/10/11

### EPICRISIS

**Edad:** 72

**Motivo de Ingreso:** Paciente que ingresa en UCI procedente de quirófano de urgencias por peritonitis fecaloidea

**Antecedentes:** No conoce alergias medicamentosas ni alimentarias. Alergia al esparadrapo de tela. HTA sin tratamiento desde hace un mes. Dislipemia. No conoce DM. No hábitos tóxicos. No conoce cardioneuropatía. BCRDHH conocido. Episodio de rectorragía en mayo 2006 por lo que inicia estudio por Cirugía y es diagnosticado de adeno-carcinoma de recto (pT3NOMO) en octubre de 2006; recibiendo tratamiento con QT y RT. Posteriormente, 12/3/07 se interviene realizándose resección tumoral e ileostomía de protección, motivo por el cual ingresa en UCI HRT para control postoperatorio que cursa sin incidencias. Tras la intervención recibió nueva sesión de RT. Se procede a reconstrucción del tránsito el día 12/11/07 con anastomosis latero-lateral y postoperatorio complicado por infección de herida quirúrgica. Gran hernia abdominal secundaria a cicatriz de ileostomía, intervenida el 12/7/11 con postoperatorio complicado por cuadro suboclusivo y fístula con drenaje fecaloideo por orificio de antigua ostomía, que se resuelve con manejo conservador, con alta el 12/8/11. Osteomielitis crónica 1/3 proximal de tibia izda con curas locales. Glaucoma en tratamiento. Síndrome depresivo. Intervenido de hemitiroidectomía derecha por nódulo en 2004 y apendicectomía. Basalmente: Autónomo. Independiente ABVD. No ortopnea ni DPN. No angor ni disnea de esfuerzo. Tto. Domic: omperazol metamizol, loracepam, mirtazapina, rosuvastatina, xalatan.

**Anamnesis e H<sup>a</sup> Actual:** El día 27/8/11 sobre las 3 am, comienza con clínica de dispepsia y dolor abdominal muy intenso. Ante la falta de mejoría, decide consultar en Urgencias de nuestro centro (13.30h) donde se presenta abdomen patológico y estudio radiológico

compatible perforación de víscera hueca. Durante su estancia en Observación presenta tendencia a oligoanuria. Tras valoración por Cirujano de guardia se procede a intervención quirúrgica urgente, que se realiza bajo anestesia general, apreciándose múltiples abscesos que se drenan; adhesiolisis masiva que precisa de resección de 60 cm aprox de íleon. Se realiza anastomosis íleo-íleon terminal mecánica. Durante el procedimiento ha permanecido sin compromiso del intercambio, manteniendo TAin adecuadas hasta casi el final de la intervención que presenta tendencia a hipotensión. Se han administrado aprox 2000 cc de cristaloides con diuresis total de 40 cc. Ingresa en UCI.

**Exploración:** Bajo los efectos de la sedoanalgesia. RASS-5. IOT nº 7.5 ventilado con ambú. Palidez cutáneo-mucosa. Relleno capilar enlentecido. Hipotérmico. En primera monitorización no se capta TA, latido carotídeo y femoral débil. No ingurgitación yugular. Fc 1201pm SatO<sub>2</sub> 99% con FiO<sub>2</sub> 1. Cicatriz en región infrahioidea. Cicatriz en región infraclavicular derecha objetivarse reservorio. AC: rítmico, no oigo soplos AP: MVC no crepitantes, roncus ni sibilantes. Abd: Postquirúrgico. Apósitos limpios. Drenajes con contenido serohemático. MMII: Pulso femoral débil y simétrico. No edemas ni signos TVP. Trastornos tróficos (osteomielitis crónica) en cara lateral pierna izda. Exploración neurológica: Bajo los efectos de la sedoanalgesia. RASS-5. Pupilas isocóricas.

**Pruebas complementarias:** HG: Hb 15.1 Hcto 46.3% leuc 2.41 (neutr 59.4%, linfoc 38.2%) plaq 128 TP TTPa BQ: Cr 1.86 Ur 60 Na 132 K 5.2 Ca 1.13 BT 0.74 PI 4.94 GOT 24 GPT 19 LDH 358 Amil 780 Lipa 41 Procalcitonina 10 Gasom V: PH 7.28 PCO<sub>2</sub> 37 P0<sub>2</sub> 65 Bic 17 Lact 5.1 ECG: RS. PR 180 mseg. QRS 135 mseg con eje 90°. BCRDHH. RX tórax: Mala calidad. Rotada. Sin imágenes de condensación.

**Evolución:** La evolución en el post-operatorio inmediato es a shock séptico con fracaso multiorgánico (respiratorio, hemodinámico, renal, hepático y CID), con estabilización progresiva en los días siguientes. Al 7º día de ingreso presenta empeoramiento franco de la situación, objetivándose dehiscencia de la anastomosis por lo que precisa reintervención quirúrgica urgente. Se procede a resección de

ileon (de-jando intestino corto) e ileostomía. En los días posteriores, presenta nueva situación de fracaso multior-gánico. A los 17 días de ingreso, la situación clínica impresiona de estabilización, por lo que se procede a iniciar destete de ventilación mecánica y retirada de la sedación. El proceso se ve entorpecido por la reaparición de signos de disfunción hepática, dehiscencia de la herida quirúrgica y de la ileostomía. Se decide mane-jo conservador de 'la herida, aplicando sistema VAC, con buena respuesta inicial. El proceso se complica por la eventración de un asa intestinal, a nivel de la sutura de pared abdominal, que condiciona posteriormente la aparición de varias fístulas enterocutáneas. Por este motivo, es preciso interrumpir el destete y reiniciar sedoanalgesia. Las alteraciones hidroelectrolíticas y nutricionales secundarias a la fístula provocan de nuevo una situación de desnutrición severa y disfunciones orgánicas (hepáticas, plaquetarias, respiratorias y renales), refractarias a las medidas habituales. El enfermo es EXITUS a las 20 horas del día 9 de octubre de 2011.

**DIAGNOSTICO: SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PERITONITIS FECALOIDEA CON FRACASO MUL-T'ORGÁNICO, COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA Y SDRA SEVERO.**

**DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INTESTINAL CON NUEVA PERITONITIS FECALOI-DEA. NUEVO SITUACIÓN DE SHOCK SÉPTICO Y FMO.**


**DEHISCENCIA DE PARED ABDOMINAL. FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA. DESNUTRICIÓN SEVERA.**

**VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA. TRAQUEOSTOMÍA. POLITRASFUNDIDO.**

**NEUROPATÍA DEL ENFERMO CRÍTICO.**

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

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
877	0	Q	Oxig. Memb. Extrac. O traqueostomía con vent. Mec. + 96 hrs o sin diag. Princ. Trast. Orl con proc. mayor

## EPISODIO 15

F. Ingreso: 01/01/11

F. Alta: 15/01/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 65

**Motivo de Ingreso:** Paciente que ingresa por insuficiencia respiratoria aguda.

**Antecedentes:** Alérgica a penicilina, amoxicilina y fosfomicina. HTA. Hipotiroidismo. Gastritis crónica atrófica. Anemia ferropénica. 5.ansioso-depresivo. IQ: 2003 fibroadenoma de mama. Pendiente de evaluación de turnoración en mama izquierda que en mamografía se informa como probablemente benigna. Nunca ha fumado ni es fumadora pasiva. Tratamiento habitual: Captopril, Aremis, Trankimazin, Psicocen, Micardis, Omeprazol, Eutirox.

**Historia actual:** Hace una semana que se encuentra algo cansada, con "pesadez" en las piernas. El día 29 de diciembre comienza con dificultad para respirar, tos, sin expectoración y dolor en hemitórax izquierdo, que aumentaba con la inspiración. Por la tarde tiene escalofríos y fiebre de 315°, pero sobre todo disnea que aumenta hasta hacerse de reposo. Acude hoy al Hospital, apreciándose taquicardia, taquipnea e hipoxemia (SpO<sub>2</sub> 91%-fiO<sub>2</sub> 0.5). Me la kr comentan e ingreso en UCI.

**Exploración física:** (1) Regular estado general, consciente y orientada. Periferia caliente. Piel pegajosa. Relleno 1--l capilar instantáneo. FR 45. FC 130. TA 150/80. Corazón rítmico a 130 spm. Ritmo de galope. IC¿ A. Respiratorio: ventila ambos hemitórax. 51)O<sub>2</sub> 91% (FiO<sub>2</sub> 0.5). Crepitantes bibasales. Abdomen blando 'y depresible, no doloroso a la palpación. RHA presentes. MMII: No edemas, no se aprecian signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos.

**Pruebas complementarias:** ECG: R5 a 114 spm. No alteraciones de la repolarización. Bioquímica: Glucemia 147 mg/dL; Creat 1.37 mg/cIL; Urea 109, Na.135 mEq/L; ie 4.0 mEq/L. Prot C reactiva 210; procalcitonina 2. G. arterial: pH 7.42; PCO<sub>2</sub> 31, P0254.Bic t 20mEq/L,


EB -4 mmol/L. Láctico 3.8. Hemograma: leucocitos 5.690 Hb 11.89/dL; Hto 35 %; Pla.76.000. Coagulación: dímeros b normales. Rx de tórax: silueta cardiaca de tamaño normal. Infiltrado basal izquierdo y en llingula, que borra silueta cardíaca. Antígeno de legionella y neumococo en orina negativos.

**Evolución:** Al ingreso se cursan hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica para neumonía comunitaria grave. Inicialmente mejoran los parámetros hemodinámicos, pero a las 24 horas sufre importante deterioro respiratorio por extensión de la neumonía. Tras una prueba con ventilación no invasiva se intuba y conecta a ventilación mecánica invasiva. Evoluciona a SDRA. Se practica TAC de tórax el día 4 de enero, que descarta TEP y neoplasia pulmonar. Se aprecia neumotórax izquierdo que se drena. Se mantiene el drenaje hasta el día 7 de enero. Los hemocultivos y aspirados traqueales han sido negativos. La serología de neumonía atípica y gripe también. Paulatinamente la situación respiratoria es peor, con hipoxemia refractaria. El día 12 de enero comienza con fiebre, sospechando segunda neumonía asociada a ventilación mecánica se trata. El día 14 de enero presenta hemorragia digestiva aguda. Tras pinchazo accidental de personal se extrae serología de hepatitis C, que es positiva, con carga viral elevada. Fallece el día 15 de enero de 2011 tras desarrollo de shock séptico con fracaso renal agudo e hiperpotasemia grave con repercusión cardiaca.

**DIAGNÓSTICO:** Éxitus: Causa inmediata:-fibrilación ventricular por hiperpotasemia grave. Causa inicial: Síndrome de distrés respiratorio agudo por neumonía grave de lo comunidad. Otros diagnósticos: Segunda neumonía relacionada con ventilación mecánica tardía. Shock. HDA. Fracaso renal agudo. Hepatitis C activa.

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

Codificación y asignación de GRD

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

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
881	4	M	Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica + 95 hrs

## CODIFICACIÓN CORRECTA

### EPISODIO 1

<b>DP- 850.5</b>	<b>Conmoción con coma de duración no especificada</b>
802.0	Fractura de huesos nariz, cerrada
802.8	Fractura de otros huesos cara, cerrada
188.9	N. Maligna De Vejiga Parte Sin Especificar
197.0	N Maligna Secundaria De Pulmón
291.0	Delirio Por Abstinencia De Alcohol
303.00	Intoxicacion Alcohólica Aguda - No Especificada
491.21	Con Exacerbacion (aguda)
285.1	Anemia Posthemorragica Aguda
860.2	Hernotorax Sin Traumatismo Abierto Del Torax
E819.0	Accidente Vehiculo Motorizado No Especificado- Lconductor
PP - 96.0	Insercion De Tubo Endotraqueal
88.01	Tomografia Axial Computerizada De Abdomen
87.03	Tomografia Axial Computerizada De Cabeza
87.42	Otra Tomografia De Torax
96.72	Ventilacion Mecan.continua Durante 96 H. Consecutivas O No

## EPISODIO 2

**DP – 434.91 Oclusion De Art. Cerebral No Especif. Con Infarto Cerebral**

780.01 Coma

250.00 Epoc sin exacerbación

300.4 Hipertrofia benigna de próstata sin obstrucción urinaria

V43.65 *Dependencia alcohólica*

V59.8 *Neuropatía alcohólica*

**PP – 88.76 Ultrasonidos Diagnosticos De Abdomen Y Retroperitoneo**

## EPISODIO 3

**DP – V53.31 Colocacion De Marcapasos Cardiacos**

401.9 1 No Especificada D 272.0 2 Hipercolesterolemia Pura D 272.0 Hipercolesterolemia pura

V43.64 Sustitucion De Articulacion De Cadera

**PP - 37.86** Sustitución cualquier tipo marcapaso con apar. Cámara ú ritmo sen.

**EPISODIO 4****DP – 996.61 Infe/infla Por Dispositivo, Implante E Injerto Cardiacos**

V45.01 Marcapasos Cardiacos

250.50 Diabetes Con Manif. Oftalm. Tipo I O No Esp.  
Descompens.

362.01 Retinopatía Diabética De Fondo No Proliferante

401.9 HTA No Especificada

V12.54 Historia Personal Ataque Isquémico Transitorio Cerebral  
Deficit

E878.1 Interv. Quirúrgica Con Implant.de Dispositivo.int.artificial

**PP - 37.79 Revisión o reubicación de bolsa de dispositivo cardiaco****EPISODIO 5****DP – 427.31 Fibrilacion Auricular**

414.9 Enfermedad Cardíaca Isquémica Crónica Sin Especificar

401.9 No Especificada D 272.4 3 Otros Hiperlipidemia Y Lipidos  
No Especificadas244.9 Hipotiroidismo No Especificado V14.0 Hist Personal  
Alergia A Penicilina

V15.82 Historia Personal De Uso De Tabaco

V45.82 Estado De Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea

**PP - 99.62 Otro Choque Electrico Al Corazon**

88.72 Ultrasonidos Diagnosticos De Corazon

## EPISODIO 6

### **DP – 434.91 Oclusion De Art. Cerebral No Especific. Con Infarto Cere**

431 Hemorragia Intracerebral

428.1 Insuficiencia Cardiaca De Lado Izquierdo

518.0 Colapso Pulmonar

401.9 No Especificada

272.4 Otros Hiperlipidemia Y Lipidemia No Especificadas

305.00 Abuso De Alcohol - Neom

369.8 Perdida De Vision Sin Calificar De Un Ojo

784.5 Otras Alteraciones Del Habla

V15.82 Historia Personal De Uso De Tabaco

### **PP - 99.10 Inyección o infusión de agente trombolítico**

96.70 Ventilacion Mecanica Continua De Duracion No Especifica

96.04 insercion De Tubo Endotraqueal

31.1 3 Traqueostomia Temporal

99.07 Transfucion De Otro Suero

87.03 Tomografia Axial Computerizada De Cabeza

**EPISODIO 7****DP 036.2 Meningococemia**

995.92 Sepsis Severa D 785.52 2 Shock Septico

518.81 Fracaso Respiratorio

584.9 Insuficiencia Renal Aguda Neom

286.6 Sindrome De Defibrinacion

707,03 Parte Inferior De La Espalda

707.04 Cadera

707.21 Ulcera Por Presion.estadio

707.23 Ulcera Por Presion.estadio

285.9 10 Anemia No Especificada

305,21 Abuso De Cannabis – Continuo

304.03 Dependencia De Opioides - En Vias De Remision

V12.42 Infecciones Del Sistema Nervioso Central

96.72 Ventilacion Mekan.continua Durante 96 H Consecutivas O No 9  
Insercion De Tubo Endotraqueal

31.1 Traqueostomia Temporal

99.05 Transfusion De Plaquetas

99.07 Transfusion De Otro Suero

99.04 Transfusion De Concentrado De Hematias

88.77 Ultrasonidos Diagnosticos Del Sistema Vascular Periferico 8  
Ultrasonidos Diagnosticos De Corazon

**EPISODIO 8**

- DP – 410.81** I.a.m. Otros Sitios Especificados Epis.atencion Inicial
- 401.9 Enfermedad Cardiaca Isquemica Cronica Sin Especificar
  - 427.31 Fibrilacion Auricular
  - 785.51 Shock Cardiogenico
  - 584.9 Insuficiencia Renal Aguda NEOM
  - 402.90 Neom Enf.cardiaca Hipertensiva Sin Especificar. Sin C.cong.
  - 416.0 Hipertension Pulmonar Primaria
  - 272.4 Otros Hiperlipidemia Y Lipidemia No Especificadas
  - 311 Trastorno Depresivo No Clasificado Bajo Otros Concepto
  - 305.1 Abuso De Tabaco
  - 272.0 Hipercolesterolemia Pura
- PP - 88.72 Ultrasonidos diagnósticos de corazón.**

**EPISODIO 9****DP – 042 Enfermedad Por Virus De inmunodeficiencia Humana [vih]**

482.41 Neumonía Por Estafilococo Aureus

518.81 Fracaso Respiratorio

038.11 Septicemia Por Estafilococo Aureus

995.92 Sepsis Severa

584.9 Insuficiencia Renal Aguda Neom

570 Necrosis Hepatica Aguda Y Subaguda

785.52 Shock Septico

571.2 Cirrosis Hepatica Alcoholica

456.20 Varices Esof. En Enf. Clasif. Bajo Otro Concep.con Hemo

285.1 Anemia Posthemorragica Aguda

303.91 Otra Dependencia Alcoholica Y Neom - Continua

070.54 Hepatitis C Cronica Sin Mencion De Coma Hepatico

572.4 Sindrome Hepatorrenal

345.90 Epilepsia No Especificada Sin Mencion De Epilepsia Incur

304.00 Dependencia De Opioides - No Especificada

348.31 Encefalopatia Metabolica

286.6 Sindrome De Defibrinacion

491.9 Bronquitis Cronica No Especificada

305.1 Abuso De Tabaco

V02.61 Portador Hepatitis B

**PP - 96.70 Ventilacion Mecanica Continua De Duracion Especificada**

96.04 insercion De Tubo Endotraqueal

99.05 Transfucion De Plaquetas

99.07 Transfusion De Otro Suero

99.04 Transfusion De Concentrado De Hematias

87.03 Tomografia Axial Computerizada De Cabeza

96.6 Infusion Entera! De Sustancias Nutritivas Concentradas

## EPISODIO 10

**DP –** 426.0 Bloqueo Auriculo-ventricular Completo

401.9 No Especificada

250.00 Diabetes M. Sin Mencion Compl. Tipo li O No Esp. No Des

272.4 Otros Hiperlipidemia Y Lipidemia No Especificadas

305.1 Abuso De Tabaco

V58.66 Uso Prolongado De Aspirina (actual)

V43.1 Sustitucion De Cristalino

V45.61 Extraccion De Cataratas

37.72 Insercion Inicial Derivac Transvenosos En Auricula Y Ve

37.83 Insercion Inicial De Aparato De Camara Doble

88.72 Ultrasonidos Diagnosticos De Corazon

## EPISODIO 11

### **410.11 I.a.m. Otra Pared Anterolateral Episodio Atencion In**

427.5 Paro Cardiaco

785,,59 Otro Shock Sin Traumatismo

440.21 Aterosclerosis De Las Extremidades, Con Claudica  
Interm.

401.9 No Especificada

250.00 Diabetes M. Sin Mencion Compl. Tipo li O No Esp  
Descom

278.01 Obesidad Patologica

V85.4 Indice De Masa Corporal De 40 Y Superior, Adulto

414.9 Enfermedad Cardiaca Isquemica Cronica Sin Especificar

272.4 Otros Hiperlipidemia Y Lipidemia No Especificadas

427.31 Fibrilacion Auricular

V58.61 Utilizacion De Anticoagulantes Durante Largo Tie

V58.67 Uso Prolongado (actual) De Insulina

V15.82 Historia Personal De Uso De Tabaco

### **99.10 Inyeccion O Infusion De Agente Trombolitico**

99.60 Resuscitacion Cardiopulmonar, N. E. O.

37.61 Implantacion De Balan Contrapulsacion

## EPISODIO 12

### **410.11 0 I.a.m. Otra Pared Anterolateral Episodio Atencion In**

428.0 1 Insuficiencia Cardiaca Congestiva, No Especificada

518.4 Edema Agudo De Pulmon Sin Especificar

785.51 Shock Cardiogenico

586 Insuficiencia Renal Neom

570 Necrosis Hepatica Aguda Y Subaguda

357.82 Polineuropatia En Estado Critico

507.0 Neumonitis Por Inhalacion De Comida/vomitos

459.81 Insuficiencia Venosa (periferica) No Especificada

427.31 Fibrilacion Auricular

250.00 Diabetes M. Sin Mencion Compl. Tipo Ii O No Esp  
Descom

V43.65 11 Sustitucion De Articulacion De Rodilla

### **88.72 Ultrasonidos Diagnosticos De Corazon**

93.90 Precien Positiva Continua De Via Aerea [cpaid]

96.04 Insercion De Tubo Endotraqueal

96.70 Ventilacion Mecanica Continua De Duracion No Especificada

## EPISODIO 13

### **038.9 Septicemia Sin Especificar**

995.92 Sepsis Severa

785.52 Shock Septico

569.83 Perforacion Intestinal

567.21 Peritonitis (aguda) Generalizada

154.1 N. Maligna De Recto o 185 6 Neoplasia Maligna Prostata

196.9 N. Maligna Secundaria De Sitio No Especificado

199.1 Otros Neo Mal Sin Especificar Sitio

344.00 Cuadriplejia Inespecificada

729.73 Sindrome Compartimental No Traumatico De Abdo

518.81 Fracaso Respiratorio

707,03 Parte Inferior De La Espalda

707.05 Nalga

782.3 Edema

### **45.76 Sigmoidectomia**

46.10 Colostomia, N. E. O.

96,72 Ventilacion Mekan.continua Durante 96 H. Consecutivas

96.04 Insercion De Tubo Endotraqueal

31.1Traqueostomia Temporal

**EPISODIO 14****569.83 Perforacion Intestinal**

567.22 Abceso Peritoneal

998.59 Otras Infecciones Postoperatorias

998.0 Shock Postoperatorio Por Complicacion De Procedimi

038.9 Septicemia Sin Especificar

995.92 Sepsis Severa

785.52 Shock Septico

997.4 Complicaciones Quirurgicas-tracto Gastrointestinal

998.32 Disrupcion De Herida Operatoria Externa

998.6 Fistula Postoperatoria Persistente

567.29 Otras Peritonitis Supurativas

518.81 Fracaso Respiratorio

579.3 Otras Absorcion Defectuosa Postcirugia Gastroint. No Es

261 Marasmo Nutritivo

584.9 Insuficiencia Renal Aguda Neom

568.0 Adherencias Peritoneales

570 Necrosis Hepatica Aguda Y Subaguda

357.82 Polineuropatia En Estado Critico

401.9 No Especificada

272.4 Otros Hiperlipidemia Y Lipidemia No Especificadas

311 Trastorno Depresivo No Clasificado Bajo Otros Conce

730.16 Osteomielitis Cronica-pierna

365.11 Glaucoma De Angulo Abierto Primario

E878.6 Extirpacion De Otros Organos(par.)(tot) -otros No Codifi

EE878.3 Interv. Quirur.con Formacion De Estoma Externo

**45.62 Otra Reseccion Parcial De Intestino Delgado**

54.59 Otras Lisis De Adherencia Peritoneales  
45.62 Otra Reseccion Parcial De Intestino Delgado  
46.23 Otra Ileostomia Permanente  
96.72 Ventilacion Mecan.continua Durante 96 H. Consecutivas C  
96.04 Insercion De Tubo Endotraqueal  
31,1 Traqueostomia Temporal  
99.04 Transfucion De Concentrado De Hernaties  
88.01 Tomografia Axial Computerizada De Abdomen

## EPISODIO 15

### **518.82 Otras Insuf. Pulmonares No Clasificadas Bajo C Conceptos**

496 Otras Obstrucciones Cronicas Vias Respiratorias Ncoc  
038.9 Septicemia Sin Especificar D 995.92 3 Sepsis Severa  
785.52 Shock Septico  
584.9 Insuficiencia Renal Aguda Neom  
276.7 Hiperpotasemia  
427.41 Fibrilacion Ventricular  
070.51 Hepatitis C Aguda Sin Mencion De Coma Hepatico  
578.0 9 Hematemesis  
401.9 No Especificada  
280.9 Anemia Por Carencia De Hierro No Especificada  
300.4 Trastorno Distimico  
782.3 Edema  
V14.0 Hist Personal De Alergia A Penicilina

V14.1 Hist Personal De Alergia A Otro Agente Antibiotico

**96.72 Ventilacion Mekan.continua Durante 96 H. Consecutiv**

No 96.04 Insercion De Tubo Endotraqueal

87.42 Otra Tomografia De Torax

34.04 inserccion De Cateter Intercostal Para Drenaje

## GRD`s CORRECTOS

### **SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 6**

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

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

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

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

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

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

**SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 11**

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

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

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

## CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

## ANEXOS

Seguidamente se describen unas definiciones obtenidas del manual de descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico, 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 553**

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

### **GRD 533**

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

### **GRD 118**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se les ha practicado una sustitución del generador de marcapasos cardiaco (incluido el de resincronización cardiaca).

### **GRD 116**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio excepto infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o shock a los que se les implanta un marcapaso cardiaco permanente (incluido el de resincronización sistema total).

No se clasifican en este GRD los pacientes a los que se les implanta o sustituye un desfibrilador automático con electrodo y generador en el mismo acto ( pues se clasifican en el GRD 549, 849, 850 o 851) ni los que hayan ingresado por un infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o shock ya que lo hacen en el GRD 115.

### **GRD 139**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por arritmias cardiacas, trastornos de conducción o complicación mecánica de marcapaso o desfibrilador cardiacos.

### **GRD 878**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a dos tipos de pacientes:

A/ los que ingresaron por cualquier diagnóstico y se les ha practicado una traqueotomía junto con una ventilación mecánica durante más de 95 horas sin procedimiento quirúrgico mayor. En este grupo se incluyen los pacientes ingresados por cualquier motivo, es decir, tanto los ingresados por un diagnóstico de boca, laringe o faringe como los que no lo son.

B/ los que se les ha practicado una traqueotomía e ingresaron por una enfermedad que no es de boca, laringe o faringe y no tienen un procedimiento quirúrgico mayor.

### **GRD 878**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a dos tipos de pacientes:

A/ los que ingresaron por cualquier diagnóstico y se les ha practicado una traqueotomía junto con una ventilación mecánica durante más de 95 horas sin procedimiento quirúrgico mayor. En este grupo se incluyen los pacientes ingresados por cualquier motivo, es decir, tanto los ingresados por un diagnóstico de boca, laringe o faringe como los que no lo son.

B/ los que se les ha practicado una traqueotomía e ingresaron por una enfermedad que no es de boca, laringe o faringe y no tienen un procedimiento quirúrgico mayor.

### **GRD 123**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un infarto agudo de miocardio y que fallecen o que ingresaron por una enfermedad del aparato circulatorio y desarrollaron un infarto agudo de miocardio una vez ingresados y fallecen.

### **GRD 706**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes con infección VIH con dos o más infecciones mayores relacionadas con el VIH ( como motivo del ingreso o comorbilidad) de dos grupos diferentes de infecciones de entre los siguientes: neumonía por *Pneumocystis carinii*, sepsis, neumonía bacteriana o absceso pulmonar, neumonía por hongos, toxoplasmosis, candidiasis diseminada, endocarditis fúngicas o bacterianas, infecciones micóticas mayores o ciertas infecciones neurológicas. Estos pacientes no tienen asociada una tuberculosis.

### **GRD 116**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio excepto infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o shock a los que se les implanta un marcapaso cardiaco permanente (incluido el de resincronización sistema total).

No se clasifican en este GRD los pacientes a los que se les implanta o sustituye un desfibrilador automático con electrodo y generador en el mismo acto (pues se clasifican en el GRD 549, 849, 850 o 851) ni los que hayan ingresado por un infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o shock ya que lo hacen en el GRD 115.

### **GRD 549**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulaatorio a los que se les ha practicado una intervención cardiovascular mayor y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: dehiscencia de herida operatoria, hemorragia postoperatoria, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal aguda, shock cardiogénico o neumonía.

Las intervenciones más frecuente4mente practicadas a estos pacientes son: valvulotomía cerrada, cirugía del pericardio, anastomosis cava-arteria pulmonar, shunt sistémico pulomonar, implantación de balón de contrapulsación, masaje cardiaco abierto, implantación o reemplazo de desfibrilador automático implantable o desfibrilador de resincronización, cirugía de grandes vasos torácicos y abdominales como by-pass aortocarotídeo o aortobifemoral, reparación de aneurismas, prótesis endovascular o amputación de miembro inferior.

### **GRD 123**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un infarto agudo de miocardio y que fallecen o que ingresaron por una enfermedad del aparato circulatorio y desarrollaron un infarto agudo de miocardio una vez ingresados y fallecen.

### **GRD 877**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a tres tipos de pacientes:

A/ los que se les ha practicado una oxigenación extracorpórea de membrana.

B/ los que ingresaron por cualquier diagnóstico y se les ha practicado una traqueotomía junto con una ventilación mecánica durante más de 95 horas y tienen un procedimiento quirúrgico mayor. En este grupo se incluyen los pacientes ingresados por cualquier motivo, es decir, tanto los ingresados por un diagnóstico de boca, laringe o faringe como los que no lo son.

C/ los que se les ha practicado una traqueotomía e ingresaron por una enfermedad que no es de boca, laringe o faringe y tienen un procedimiento quirúrgico mayor.

En el caso de que el paciente sea un neonato (tenga menos de 28 días en el momento del ingreso) y pese más de 2.500 gramos, si se le practica una Oxigenación extracorpórea de membrana se clasifica en el GRD 641.

### **GRD 877**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a tres tipos de pacientes:

A/ los que se les ha practicado una oxigenación extracorpórea de membrana.

B/ los que ingresaron por cualquier diagnóstico y se les ha practicado una traqueotomía junto con una ventilación mecánica durante más de 95 horas y tienen un procedimiento quirúrgico mayor. En este grupo se incluyen los pacientes ingresados por cualquier motivo, es decir, tanto los ingresados por un diagnóstico de boca, laringe o faringe como los que no lo son.

C/ los que se les ha practicado una traqueotomía e ingresaron por una enfermedad que no es de boca, laringe o faringe y tienen un procedimiento quirúrgico mayor.

En el caso de que el paciente sea un neonato (tenga menos de 28 días en el momento del ingreso) y pese más de 2.500 gramos, si se le practica una Oxigenación extracorpórea de membrana se clasifica en el GRD 641.

## **GRD 881**

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

## REFERENCIAS

- Ministerio de Sanidad y Consumo  
[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2010/NORMA\\_2010\\_AP\\_GRD\\_V25\\_TOTAL\\_SNS.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2010/NORMA_2010_AP_GRD_V25_TOTAL_SNS.pdf)
- AP-DRGs All Patient Diagnosis Related Groups Definitions Manual Version 23.0
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº274 pág: 40.126
- Manual de descripción de los Grupos Relacionado por el Diagnóstico. (AP-GRD v.25.0) Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza. Servicio vasco de salud. Septiembre 2010.
- González-Outon, J. Romero, AF; Mejías IM, et al. Boletín de Codificación (CIE9-MC 7ª Edición) Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Año 2010. Puerto Real: Hospital Universitario Puerto Real; 2011. Disponible en:  
<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>  
 Reproducido con el permiso de 3M España, S.A.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 9 revisión Modificación Clínica, 7ª Edición; Ministerio de Sanidad y Política Social.
- CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2010. NORMAS GENERALES. Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2010  
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/352/pdf/NormasGenerales.pdf>

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

- EL ABC DE LOS GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICOS.  
Dr. Héctor Mimenza Ponce. Médico oncólogo, especializado en planeación de sistemas de salud.
- LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRDs),  
UN SISTEMA DE GESTIÓN CLÍNICA.  
<http://ortopedia.rediris.es/tribuna/Art37.html>

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

SERVICIO DE **UCI**

## INVESTIACIÓN Y ANÁLISIS.

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