

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



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

R
I
O
T
I
N
T
O**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Elaboración realizada por:

María Josefa Rojas Lucena – TSADS.

Isabel García Gallegos - TSADS.

M^a Teresa Fructos Romero – TSADS.

AUTORES DE LIBRO COMPLETO

Colaboradores:

Concepción Lombardo Martínez

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

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

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

Edita: Servicio Andaluz de Salud

Hospital de Riotinto (AGSNH)

Servicio de Documentación e Información Sanitaria

Avd. La esquila nº 5

CP: 21660 Minas de Riotinto. Huelva

Telf.: 959025205 / 959025407

Primera edición 2016

ISBN: 978-84-608-9704-0

Publicado en:

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

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

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



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

AGRADECIMIENTOS:

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

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

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

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

ÍNDICE

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

TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA EN EL AÑO 2011.....	23
TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS EN EL AÑO 2011.....	24
EPISODIOS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA, EJERCICIOS Y GRD`s ASIGNADOS	25
Episodio 1: GRD 324. LITIASIS VESICAL	25
Episodio 2: GRD 468. INFECCIÓN DE PRÓTESIS TESTICULAR IZQUIERDA	27
Episodio 3: GRD 310. NEOFORMACIÓN VESICAL	29
Episodio 4: GRD 326. HEMATURIA	31
Episodio 5: GRD 311. NEOFORMACIÓN VESICAL	33
Episodio 6: GRD 303. NEOFORMACIÓN RENAL IZQUIERDA	35
Episodio 7: GRD 569. INSUFICIENCIA RENAL AGUA OBSTRUCTIVA	37
Episodio 8: GRD 571. HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA	39
Episodio 9: GRD 567. NEFRECTOMÍA DERECHA POR NEOPLASIA RENAL.....	41
Episodio 10: GRD 321. ESTENOSIS URETRAL	45
Episodio 11: GRD 326. LITIASIS VESICAL.....	47
DESARROLLO DE ALGORITMOS	49
DESARROLLO DE LA CDM 11	49

CODIFICACIÓN CORRECTA	53
GRD`s CORRECTOS	60
CONCLUSIONES	62
REFERENCIA	64

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN

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

Se ha explotado un número total de 278 altas en el servicio de Urología durante el año 2011, cribándose 15 GRD's representativos en cuanto a mayor peso general, más frecuentes y con mayor peso relativo. Los 5 GRD's con mayor peso que generan un consumo de recursos elevados, constan de un total de 13 altas, los 5 GRD's más frecuentes que engloban un mayor número de episodios con un total de 143 altas y los 5 GRD's de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 122 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 11 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Urología 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 Urología 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 (\sim /=650) y son exhaustivos y excluyentes.
- Las variables que utiliza forman parte de los datos que habitualmente se recogen en el hospital (CMBD).
- Cada grupo representa una entidad coherente.
- El consumo de los pacientes incluidos en un grupo es similar (isoconsumo).

CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE LOS GRD

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

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

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

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

CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD Y ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN

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

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

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

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

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

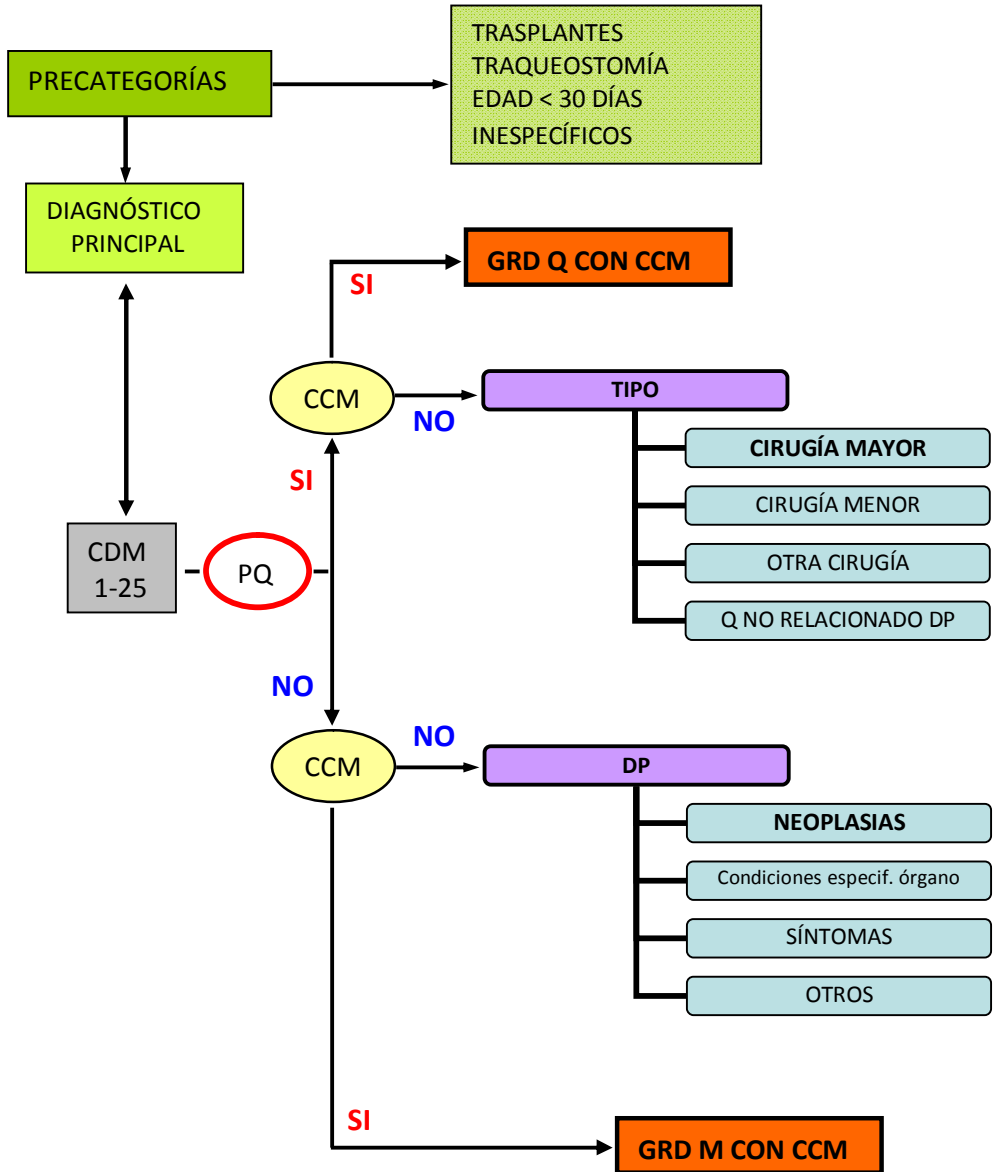
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón,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

La construcción de los GRD, se basa en:

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

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

ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE GRD



JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD

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

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

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

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



+ **CCM** (peritonitis postoperatoria)



GRD 555: Procedimientos sobre páncreas, hígado y vía biliar excepto transplante 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_{ih} = nº de altas en el GRDi en el hospital h

P_{ri} = peso relativo del GRDi

Pesos relativo del hospital

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

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

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

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

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

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

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

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS GRD

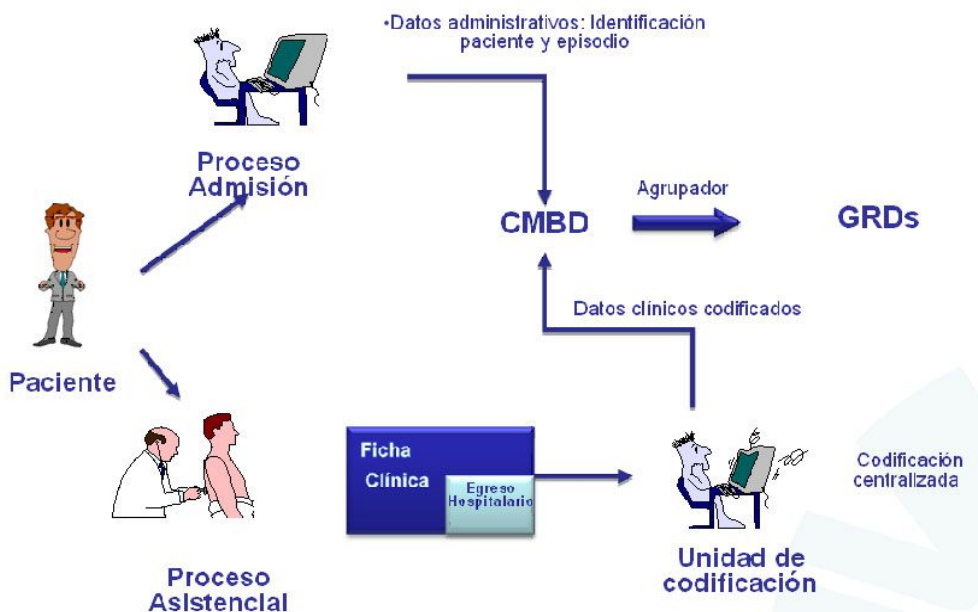
VENTAJAS

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

INCONVENIENTES

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

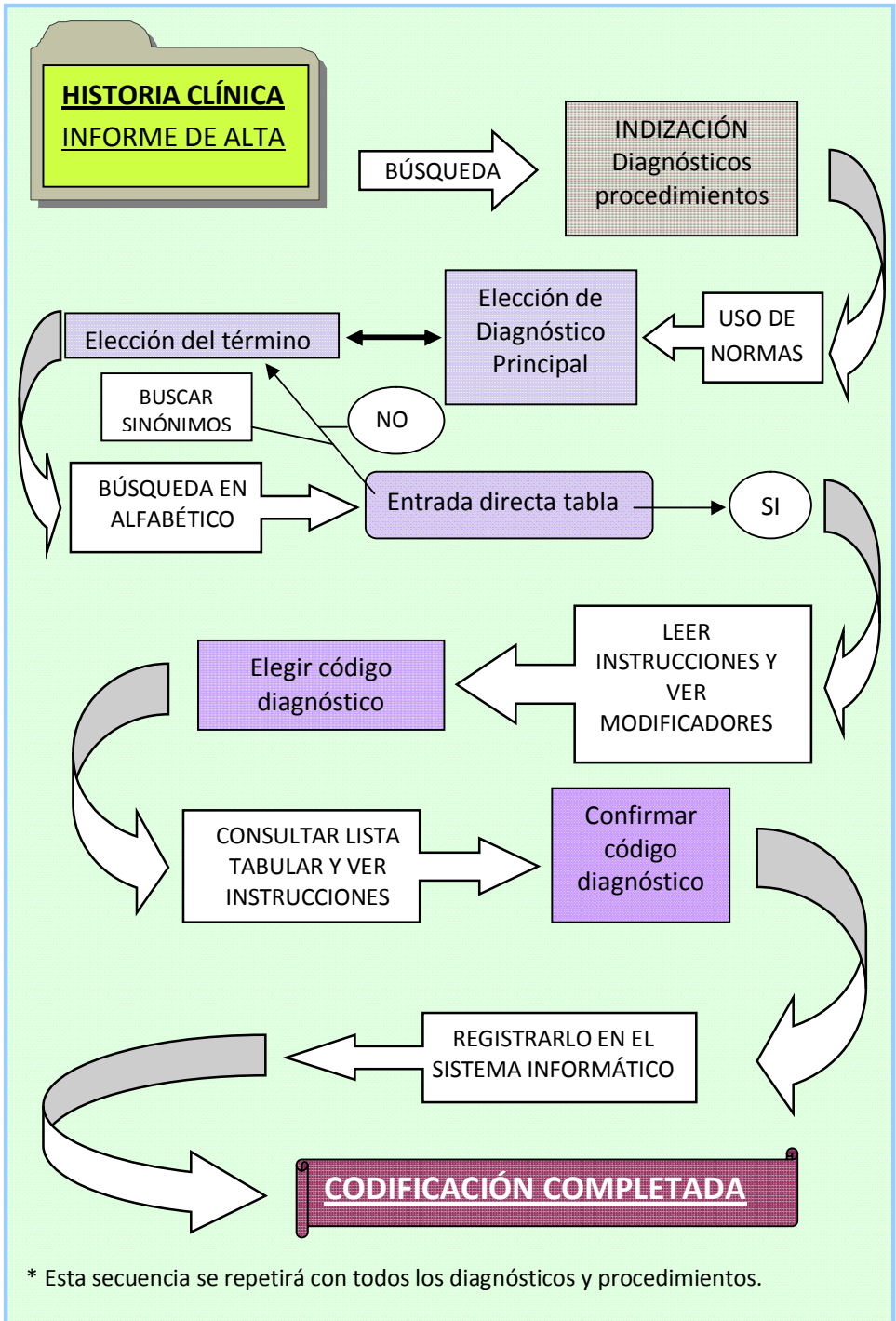
PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD



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

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

PROCESO PARA UNA CORRECTA CODIFICACIÓN CIE-9-MC



RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS.

En el servicio de Urología durante el año 2011 se han generado un total de 278 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 UROLOGÍA

GRD	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
*567	11	Q	6,30	3	15
468	0	Q	4.28	1	3
571	12	Q	3,63	3	7
303	11	Q	2,71	4	9,75
896	11	Q	2,47	2	9

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

GRD	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
*324	11	M	0,44	61	3,61
*311	11	Q	0,80	31	3,35
321	11	M	0,68	21	5
*310	11	Q	1,28	16	6,38
326	11	M	0,54	14	3,29

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

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
*324	11	M	0,44	61	3,61
*311	11	Q	0,80	31	3,35
*310	11	Q	1,28	16	6,38
569	11	M	1,73	11	8
*567	11	Q	6,30	3	15

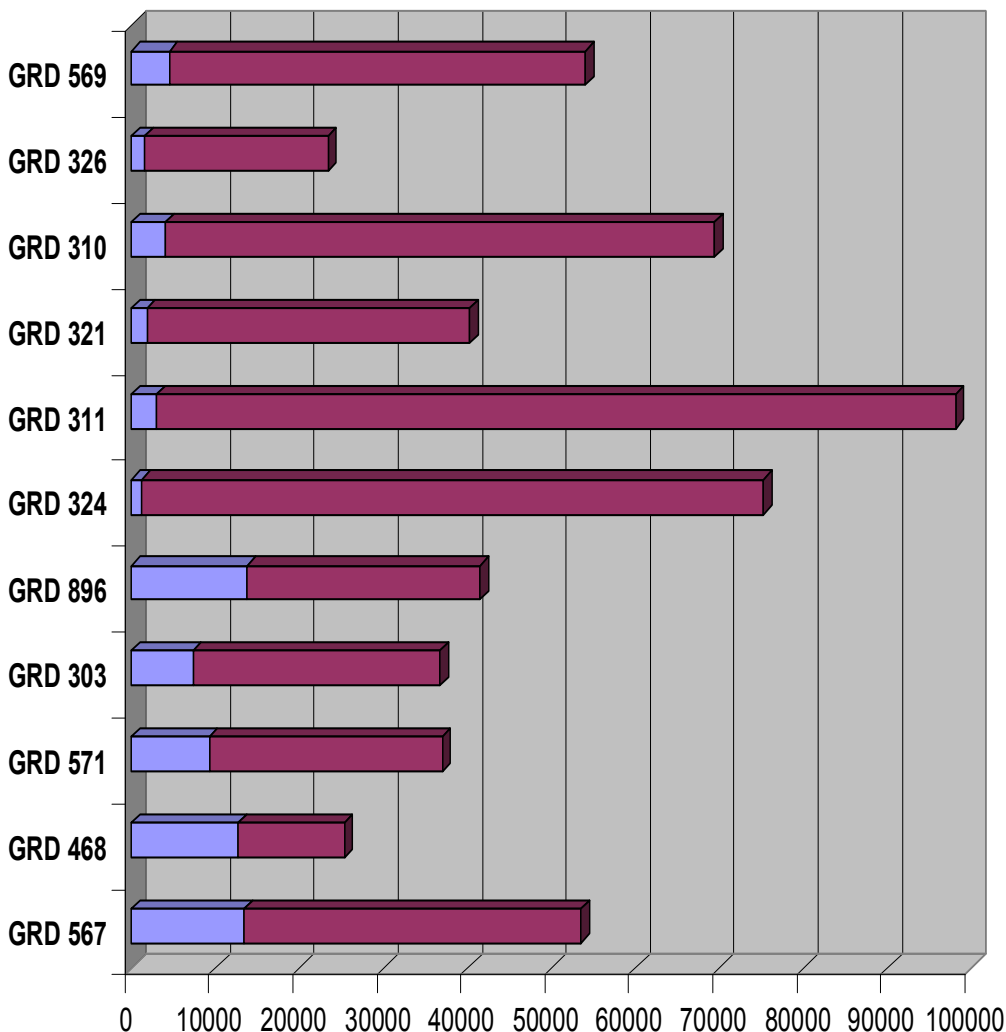
Analizando las tablas comprobamos que de los 278 episodios analizados sólo el 38,48% son de tipo médico, con lo que se comprueba como influye el tratamiento en el aumento del peso del servicio.

En la tabla 1 los 13 episodios a estudio son de tipo quirúrgicos, tienen una estancia media más elevada que el resto de tablas aunque con menos pacientes y aún así estos GRD son los que tienen más peso aunque no por ello tienen un coste más elevado ya que eso dependerá del número de episodios que se generen por cada GRD. Por ejemplo, el GRD 567 tiene un peso de 6,30 pero sólo ha habido tres episodios, mientras que el GRD 324 con un peso de 0,44, tiene un total de 61 episodios por lo que su coste será muy superior.

En la tabla 2 comprobamos que ya el 67,13% 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 567	GRD 468	GRD 571	GRD 303	GRD 896	GRD 324	GRD 311	GRD 321	GRD 310	GRD 326	GRD 569
■ COSTE DEL TOTAL DE EPISODIOS	40143	12666	27756	29412	27650	74054	95077	38514	65312	21868	49522
■ COSTE MEDIO DEL GRD	13381	12666	9252	7353	13825	1214	3067	1834	4082	1562	4502

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

SERVICIO	ALTAS	PESO	ESTANCIA EN DIAS	EM	Nº EXITUS	% EXITUS/PAC
UROLOGÍA	278	1,02	1462	5,26	7	2,52%
TOTAL HOSPITAL COMARCAL	4270	1,49	25409	5,95	228	5,34%



SAS GRUPO IV		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
6,69	0,79	-83,26
TOTAL HOSPITAL COMARCAL		
6,62	0,90	-2293,21

TODO EL SAS		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
5,56	0,95	-397,56
TOTAL HOSPITAL COMARCAL		
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%
Total (Hospital)	4270	1,49	25409	5,95	6,49	0,92	-2864,13	-2293,21	6,62	0,90	228	5,34%

EPISODIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

EPISODIO 1

F. Ingreso: 29/08/11

F. Alta: 01/09/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 77 años.

Motivo de Ingreso: Hematuria franca.

Antecedentes: Diabetes. HTA. Hipercolesterolemia. Anticoagulada. Histerectomía con colocación de TOT. Intervenida de cataratas. No RAM conocidas.

E. Actual: Remitida desde consulta de ginecología por que explorándola de un prolapso de cúpula y rectocele se comprueba hematuria franca.

Exploración física: Hematuria franca que imposibilita cistoscopia, por lo que se cursa ingreso para lavado continuo.


Tratamiento realizado: Lavado vesical continuo y antibioterapia.

Evolución: Favorable. Con orinas claras se realiza cistoscopia que objetiva gran litiasis vesical no abordable con endoscopia, por lo que se decide RDQ para Cistolitotomía abierta. Se realiza estudio preanestésico.

DIAGNÓSTICO: **LITIASIS VESICAL**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 1			
DIAGNÓSTICOS		PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:		PP:	
OTROS:		OTROS:	CÓDIGOS V
			 <p>LOCALIZACIÓN DEL CÁLCULO Y ORIGEN DEL DOLOR</p>
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
324	11	M	Cálculos urinarios sin CC

EPISODIO 2

F. Ingreso: 01/11 /11

F. Alta: 04/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 33 años . **Motivo de Ingreso:** prótesis testicular infectada

Antecedentes: No RAM conocidas. Orquiectomía radical izquierda con colocación de prótesis el 10/02/11.

E. Actual: Ingreso por infección de prótesis testicular, que no responde a tratamiento conservador y se propone exéresis de la misma.

Exploración física: Herida escrotal izquierda donde se observan parcialmente la prótesis y salida de material seropurulento.

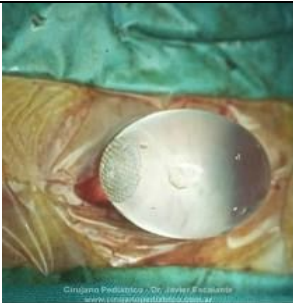
Tratamiento realizado: Exéresis de prótesis testicular con desbridamiento y drenaje de material purulento.

Evolución: Favorable, marchando de alta con herida cicatrizando por primera intención y retirada de drenaje que precisa curas.

DIAGNÓSTICO: INFECCIÓN DE PRÓTESIS TESTICULAR IZQUIERDA.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
468	0	Q	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con el diagnóstico principal

EPISODIO 3

F. Ingreso: 20/12/11

F. Alta: 28/12/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Antecedentes: FA crónica. Anticoagulado. Asmático. DM. EPOC tipo efisema. Intervenido de miocapsulotomía y cistolitectomía. No RAM conocidas.

E. Actual: Episodio de hematuria secundaria a neoformación vesical.

Tratamiento realizado: RTU de cuello y reborde posterior de próstata. Se revisa resto de la vejiga no apreciando irregularidad parietal.

Evolución: Dentro de la normalidad, según guía clínica de RTU. Se demora su alta 24 horas por persistencia de coágulos. Micción espontánea.

DIAGNÓSTICO: NEOFORMACIÓN VESICAL.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD


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

FIGURA 3. Imagen de la adquisición en fase urográfica en la que se aprecia un defecto de repleción intrataminal en pelvis renal que correspondió a un tumor urotelial.

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
310	11	Q	Procedimientos transuretrales con CC

EPISODIO 4

F. Ingreso: 22/02/11F.

Alta: 24/02/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 85 años.

Motivo de Ingreso: Hematuria franca.

Antecedentes: Anticoagulado por FA, ICC, IRC, HBP. No RAM.

E. Actual: Ingresa procedente de urgencias por hematuria macroscópica. Consciente y orientado, con regular estado genera.


Fecha de Intervención: 29/0/2011.

Evolución: Analíticamente no presenta repercusión hemodinámica. Durante el ingreso con irrigación vesical continua mediante sonda desaparece el cuadro. Retiramos sonda vesical y damos alta.

DIAGNÓSTICO: **HEMATURIA.**

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
326	11	M	Signos y síntomas de riñón y tracto urinario. Edad mayor de 17 años sin CC.

EPISODIO 5

F. Ingreso: 16/11/11

F. Alta: 18/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Antecedentes: Alergia a AAS. Diabetes. Dislipemia. Intervenido de absceso cuello y Dupuytren.

E. Actual: Hematuria autolimitada, sin coágulos.

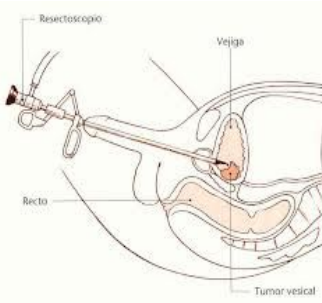
Tratamiento realizado: Con fecha 16/11/11 se realiza RTU vesical de TM papilar en cara posterolateral.

Evolución: Favorable, con orinas claras espontáneas, sin sonda marcha de alta hospitalaria para su control ambulatorio.

DIAGNÓSTICO: **NEOFORMACIÓN VESICAL.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 5			
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E	
DP:	PP:		
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V	
			
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
311	11	Q	Procedimientos transuretrales sin CC

EPISODIO 6

F. Ingreso: 15/02/11

F. Alta: 22/02/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

E. Actual: Acude a urgencias por dolor izquierdo irradiado a genitales y síndrome miccional irritativo. Episodio aislado de hematuria con coágulo de aspecto vermiforme.

Exploración física: Delgada. Dolor a la presión forzada de hemiabdomen izquierdo, no masas ni megalias. PPRI positivo.

Exp. Complementaria: eco renal, tac torácico-abdominal.

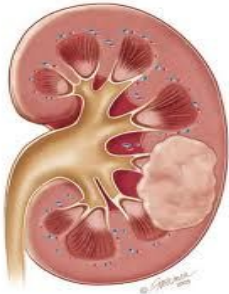
Tratamiento realizado: con fecha 16/02/11 se practica nefrectomía radical izquierda.

Evolución: Al alta postquirúrgica la analítica se restablece presentando discreta anemia. Evolución postoperatoria favorable.

DIAGNÓSTICO: **NEOFORMACIÓN RENAL IZQUIERDA.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
	11		

EPISODIO 7

F. Ingreso: 01/06/11

F. Alta: 09/06/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 89 años

Motivo de Ingreso: deterioro general y síndrome febril.

Antecedentes: No alergias conocidas. Diabetes Mellitus.

E. Actual: Acude a urgencias por fiebre y deterioro del estado general, que ha empeorado ostensiblemente, siendo ingresado para estudio y tto. No vómitos ni alteración del ritmo intestinal. Tos seca ocasional.

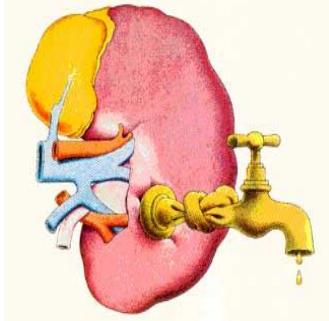
Tratamiento: Con sueroterapia y antibioterapia.

Evolución: Se realiza ECO abdominal. Remisión de cifras de insuficiencias renal y mejoría del hemograma. Al alta sonda permeable y orinas claras, sin leucocitosis, con creatinina 1,93 mg/dl. A petición de su cuidadora, se decide alta con sonda permanente.

DIAGNÓSTICO: **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA OBSTRUCTIVA. ITU COMPLICADA.**

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
569	11	M	Trastornos del riñón y tracto urinario excepto insuf. Renal con CC Mayor

EPISODIO 8

F. Ingreso: 14/09/11

F. Alta: 24/09/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 58 años **Motivo de Ingreso:** Intervención programada.

Antecedentes: DM.

E. Actual: Paciente que ingresa programado para adenomectomía prostática.

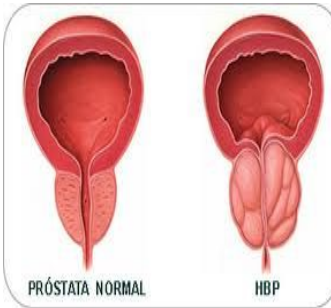
Evolución: evolución favorable. Se demora el alta por mínimo seroma de incisión. Retiramos sonda vesical, curamos según técnicas de enfermería y reiniciamos tratamiento antidiabético.

Fecha Intervención: 14/09/11

DIAGNÓSTICO: **HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 8			
DIAGNÓSTICOS		PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:		PP:	
OTROS:		OTROS:	CÓDIGOS V
			
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
571	12	Q	Procedimientos sobre el aparato genital masculino con CC Mayor

EPISODIO 9

F. Ingreso: 21/12/11

F. Alta: 30/12/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 75 años

Motivo de Ingreso: Cirugía programada

Antecedentes: No alergias medicamentosas; No hábitos tóxicos. Obesidad. HTA. Hernia de hiato, hernia umbilical con complicada. FA paroxística. Osteoporosis. Hipotiroidismo. En estudio por poliglobulina. Pancreatitis reciente. Fractura de cadera. Cataratas y prótesis total de rodilla bilateral.

E.Actual: Paciente que ha presentado durante el ingreso por cuadro de pancreatitis aguda por coledocoectasia, diagnóstico incidental de neoformación renal derecha, por lo que se ingresa para nefrectomía radical derecha.

Evolución: Favorable. Marcha al alta con buen estado general con orinas claras.

DIAGNÓSTICO:

NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Se adjunta informe de UCI.

HISTORIA CLÍNICA DE UCI

Paciente que ingresa en UCI por shock hipovolémico.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. HTA. Hernia de hiato. Hernia umbilical no complicada. FA paroxística. Osteoporosis. Hipotiroidismo. En estudio por poliglobulina por Hematología (Hb hace un mes en torno a 12-13 gr/dl). Ingresada el pasado mes de Noviembre por Pancreatitis aguda con dilatación de colédoco. IQ: Fractura de cadera derecha, cataratas, prótesis total de rodilla bilateral.

ANAMNESIS – HISTORIA ACTUAL:

Paciente que se interviene de modo reglado de nefrectomía derecha por neoplasia. Durante la intervención presenta sangrado masivo del paquete vascular renal, precisando transfusión de 2 concentrados d GR (se calcula un sangrado de unos 2l.). Ingresada en UCI para seguimiento postoperatorio. Llega conectada a VM.

EXPLORACIÓN:

Llega bajo efectos de anestesia. Obesa. Discreta palidez de piel y mucosas. No ingurgitación yugular. TA 85/54 mm Hg, FC 78 spm, SatO2 99 % con VM y FiO2 0,4.

AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: Hipoventilan las bases. Abdomen: globulosos, blando, depresible. Apósito sobre herida de lumbotomía derecha. Drenaje con debito hemático de unos 200 ml. MMII: pulsos positivos y simétricos. Edemas sin fóvea. Cicatrices de intervenciones de rodilla. No signos de TVP. Pupilas isocóricas y reactivas.

EVOLUCIÓN:

Caracterizada por:

- Precisar importante sueroterapia y dosis de Furosemida para conseguir diuresis aceptables.
-


- Tensiones arteriales sistólicas de 100 mmHg mantenidas, sin taquicardización ni anemización durante su ingreso (no ha precisado nueva transfusión de concentrados de hematíes desde su llegada de quirófano, quedando 3 unidades reservadas). Hto al alta de 35,1%.
- Extubación sin incidencias.
- Drenaje abdominal con débito de 650 ml serohemático en las primeras 12 horas, algo más claro en las últimas horas.
- Discreta acidosis metabólica.

Damos de alta a planta para continuar evolución, recomendando monitorización estrecha de diuresis.

JUICIO CLÍNICO:

- **SHOCK HEMORRÁGICO.**
- **NEFRECTOMÍA DERECHA POR NEOPLASIA RENAL.**

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
567	11	Q	Procedimientos riñón y tracto urinario excepto trasplante renal con CC Mayor

EPISODIO 10

F. Ingreso: 05/10/11

F. Alta: 07/10/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 81 años

Motivo de Ingreso: estenosis uretral.

Anamnesis e H^a Actual: Paciente que ingresa desde consultas externas para tratamiento quirúrgico de estenosis uretral. Alzheimer, DMNID, hipercolesterolemia y prostatismo.


Intervención quirúrgica: uretrotomía endoscópica.

Evolución: hematoma secundario a intervención.

DIAGNOSTICO: **ESTENOSIS URETRAL.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 10				
DIAGNÓSTICOS		PROCEDIMIENTOS		CÓDIGOS E
DP:		PP:		
OTROS:		OTROS:		CÓDIGOS V
				
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO	
	11			

EPISODIO 11

F. Ingreso: 08/11/11

F. Alta: 11/11/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 84 años

Motivo de Ingreso: Cirugía programada

Antecedentes: No RAM conocidas. HTA. Diabetes. Parkinson. Marcapasos definitivo. Prostatismo. N. Intersticial.

E. Actual: Diagnosticado de HBP y litiasis vesical.


Tratamiento realizado: con fecha 09/11/11 se realiza CistolitECTomía, resección de lóbulo medio y trigonocervicoprostatotomía.

Evolución: Favorable. Con orina clara por sonda damos de alta.

DIAGNOSTICO: **HBP Y LITIASIS VESICAL.**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

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

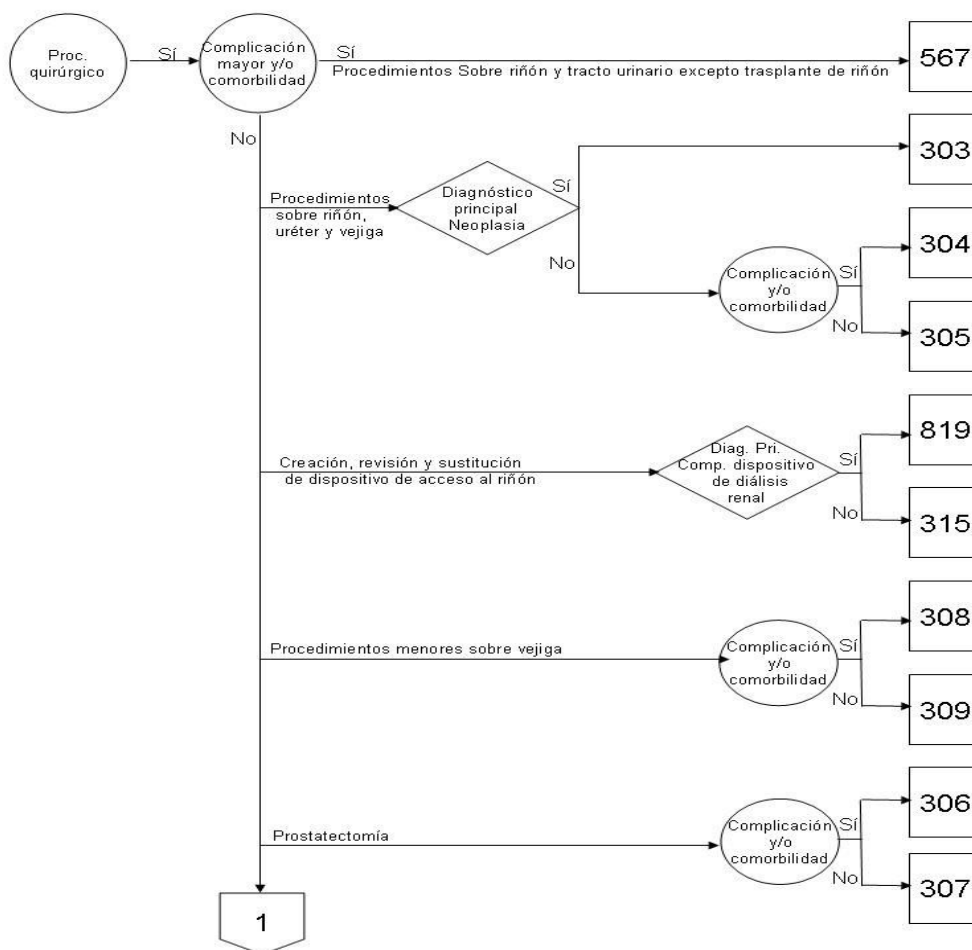
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
326	11	M	Signos y síntomas de riñón y tracto urinario. Edad mayor de 17 años sin CC

DESARROLLO DE ALGORITMOS

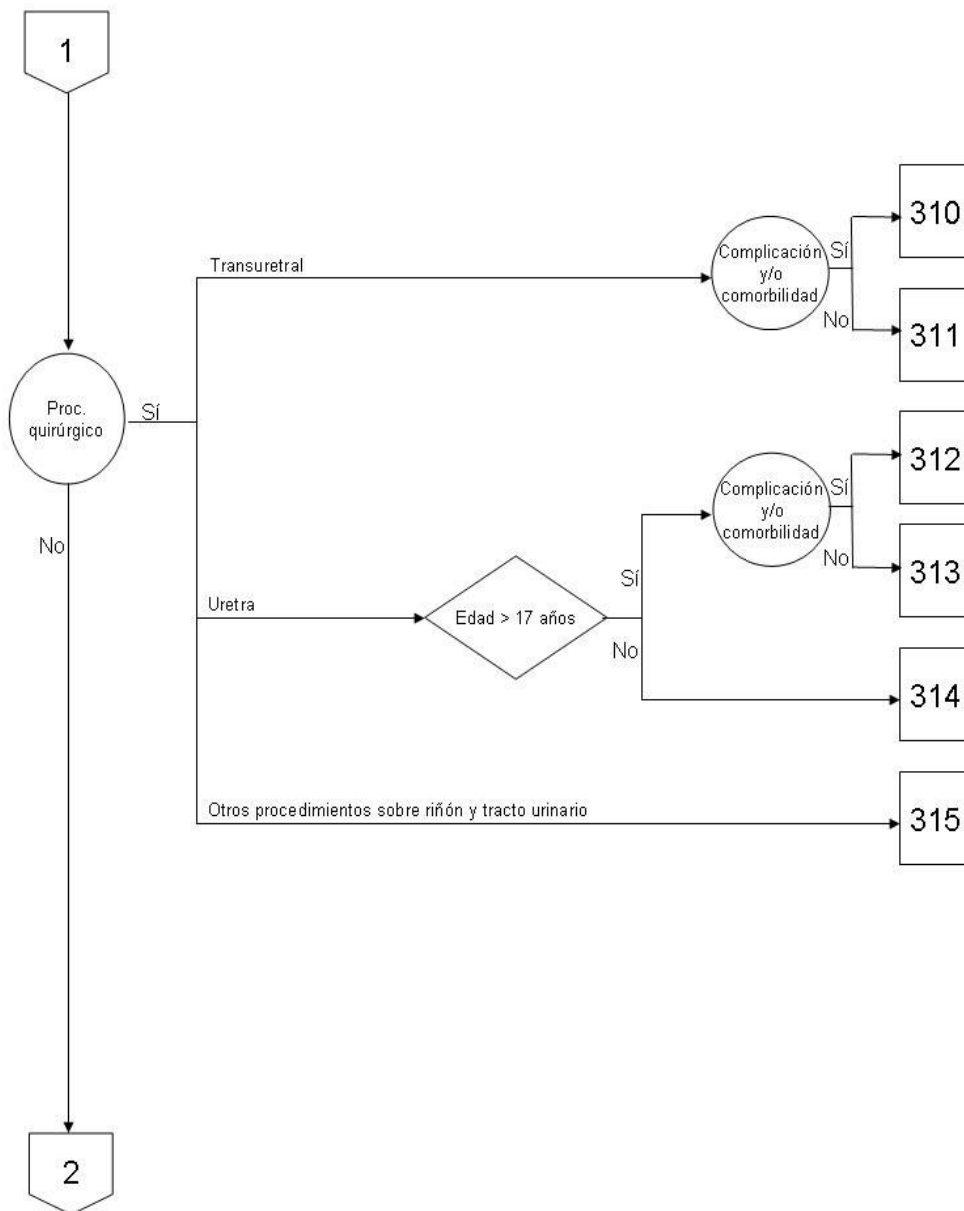
ALGORITMO ESPECÍFICO DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR 11

Continuando con los algoritmos de la aplicación de los GRD, a continuación se expone el propio de la Categoría Diagnóstica Mayor 11 Enfermedades y riñón y vías urinarias. (Reproducido con el permiso de 3M España S.A.).

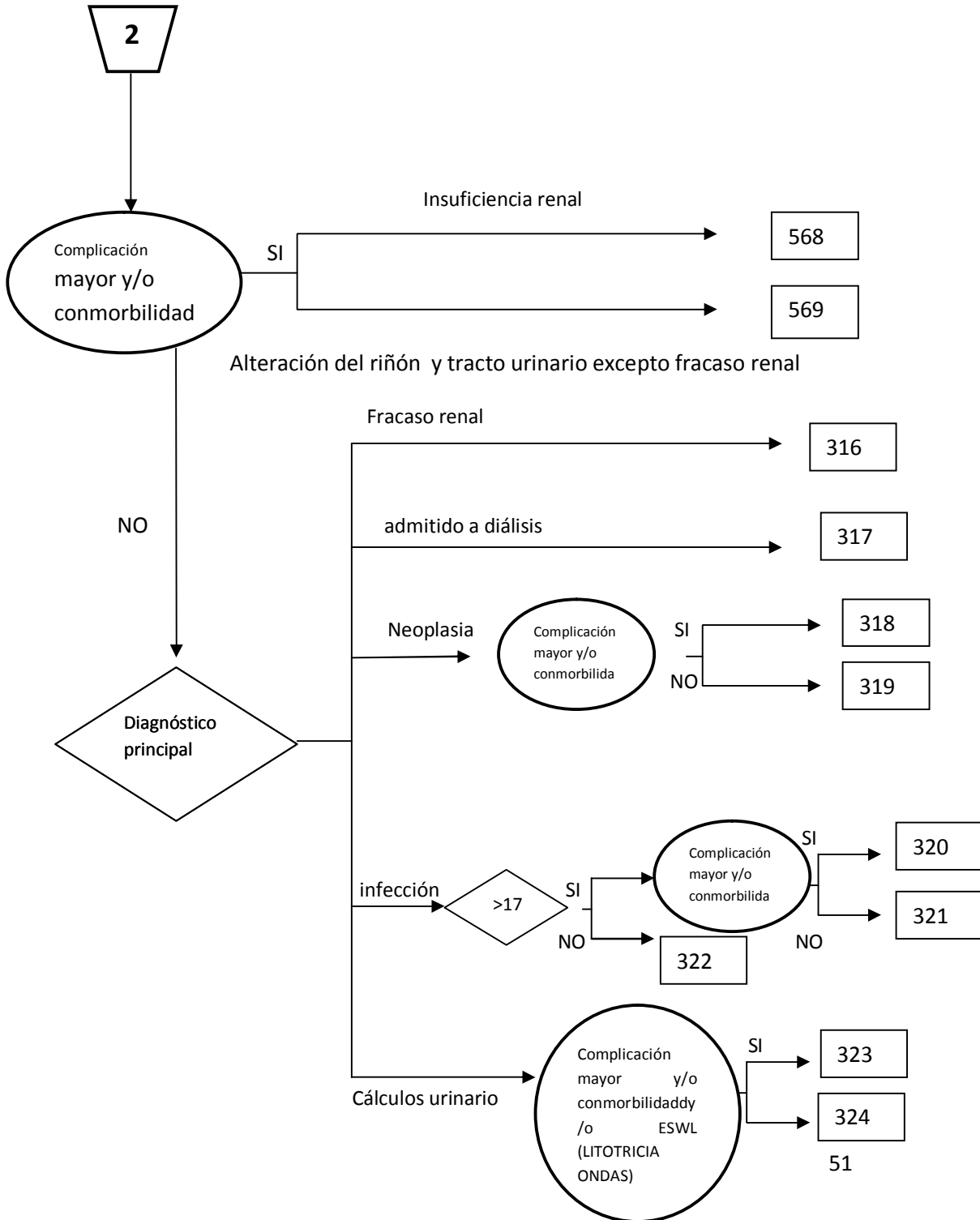
CDM 11, Enfermedades y alteraciones del riñón y tracto urinario compartimentación quirúrgica



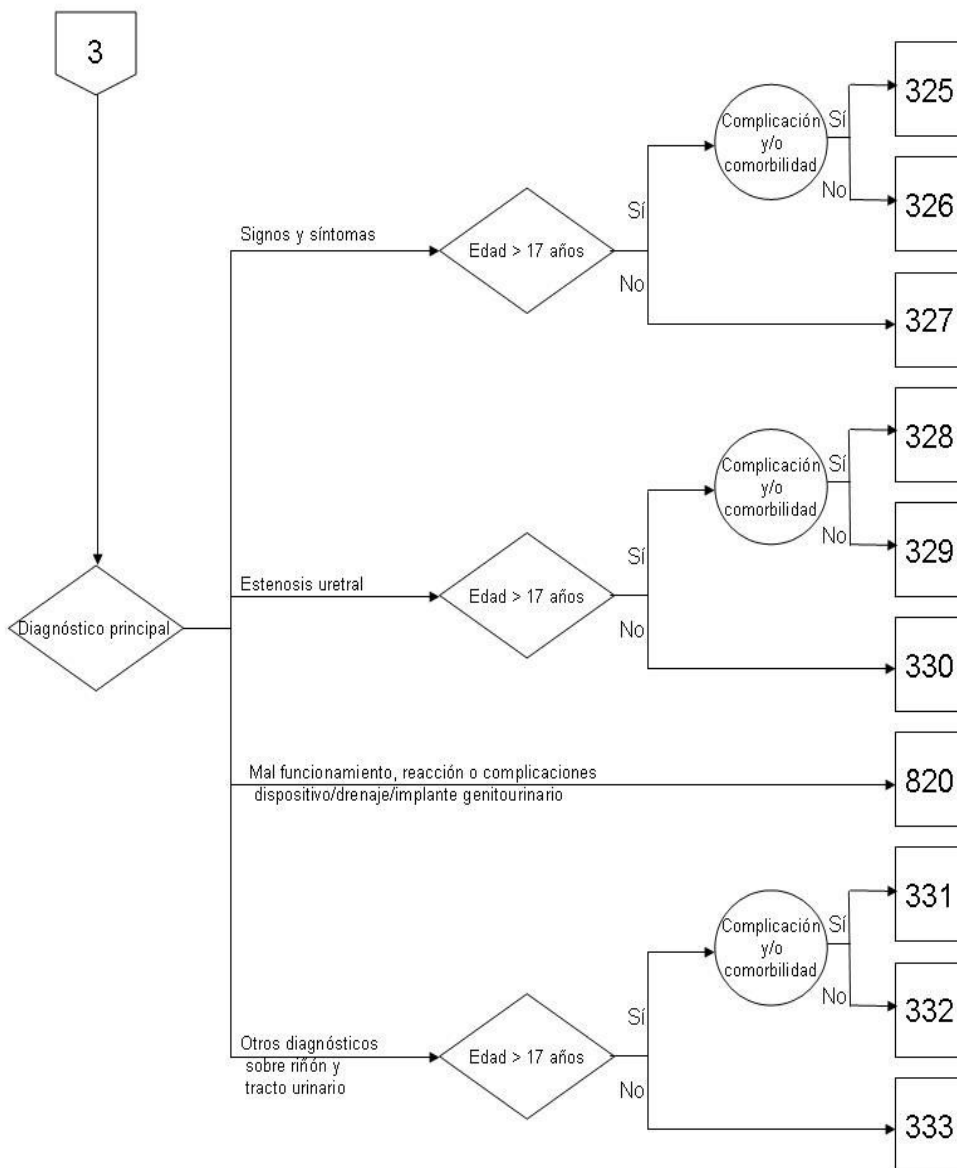
compartimentación quirúrgica



Compartimentación médica



compartimentación médica



CODIFICACIÓN CORRECTA

EPISODIO 1

DP- 785.4 Gangrena

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

PP - 84.17 Amputación por encima de la rodilla

- 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura

EPISODIO 2

DP - 998.59 Otras infecciones postoperatorias (colección=absceso)

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

PP – 88.01 TAC abdomen

EPISODIO 3**DP – 250.70 Diabetes con manif. Circ. Perif. Tipo II o no Esp.**

785.4 Gangrena

038.9 Septicemia sin especificar

995.92 Sepsis severa

458.9 Hipotensión

785.0 Taquicardia

401.9 HTA

999.2 *Otras complicaciones vasculares*451.82 *Flebitis, tromboflebitis de venas superficiales de M.S.*E879.8 *Reacción anormal a procedimientos específicos***PP - 84.17 Amputación por encima de la rodilla****EPISODIO 4****DP – 998.59 Otras infecciones postoperatorias**

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

E878.8 Otras Inter. Y técnicas quir. Específ

459.81 Insuficiencia venosa

401.9 HTA

V58.66 Uso prolongado de aspirina

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

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

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

401.9 HTA

V45.79 Otras ausencias de órganos adquiridas

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

311 Trastorno depresivo

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

530.7 Síndrome de laceración-hemorrágica gastroesofágica

578.1 Sangre en heces

414.9 Enfermedad cardíaca isquémica crónica sin especific.

997.4 Complicaciones quirúrgicas-tracto gastrointestinal

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

V45.79 Ausencia de adquiridas

V45.75 Estómago

PP - 44.14 Biopsia cerrada de estómago (endoscópica)

EPISODIO 8

- DP – 574.30 Cálculo conducto biliar con colecistitis aguda sin obs.**
- 458.9 Hipotensión
 - 401.9 HTA
- PP - 88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperito.**

EPISODIO 9

- DP – 576.1 Colangitis**
- 574.50 Cálculo conducto biliar sin colecistitis sin obstrucción
 - 285.9 Anemia
 - 999.2 *Otras complicaciones vasculares*
 - 451.82 *Flebitis, tromboflebitis de venas superficiales de M.S.*
 - E879.8 *Reacción anormal a procedimientos específicos*
 - V45.71 *Ausencia de mama adquirida*
 - V14.6 Historia personal de alergia a analgésicos
 - V10.3 Historia personal de neoplasia de mama
- PP - 51.10 Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica**
- 88.97 RMN
 - 88.01 TAC de abdomen
 - 99.04 *Transfusión de concentrado de hematíes*

EPISODIO 10

DP – 938 Cuerpo extraño en aparato digestivo, sin especificar

- E915 Cuerpo extraño que penetra en otros orificios de forma accidental
- 560.89 Otras obstrucciones intestinales
- 998.59 Otras infecciones postoperatorias
- 569.69 Otras complicaciones de la colostomía y enterostomía
- E878.2 Intervención quirúrgica con anastomosis/injerto empleados como implante
- 567.81 Coleperitonitis
- 729.73 Síndrome compartimental no traumático de abdomen
- 038.9 Septicemia sin especificar*
- 995.62 Sepsis Severa*
- 785.52 Shock séptico*
- 518.81 Fracaso respiratorio*
- 584.9 Insuficiencia renal aguda neom*
- 357.4 Polineuropatía en otras enfermedades clasif.*
- 117.9 Otras micosis y micosis sin especificar*
- 041.3 Bacilo de Friendlander*
- 112.5 Candidiasis Diseminada*

041.85 *Otros organismos Gram-negativos*

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

707.09 *Otro sitio (UPP)*

486 *Neumonía organismos sin especificar*

263.9 *Desnutrición Proteico-calórica sin especificar*

491.9 *Bronquitis crónica no especificada*

305.1 *Abuso de tabaco*

241.1 *Bocio multinodular no toxico*

PP - 45.02 Otra incisión de intestino delgado

46.20 *Ileostomía N.E.O.M*

46.11 *Colostomía temporal*

45.73 *Hemicolectomía derecha*

45.93 *Otra Anastomosis de intestino delgado a intestino grueso*

31.1 *Traqueostomía temporal*

99.07 *Transfusión de otro suero*

99.04 *Transfusión de concentrado de hematíes*

88.01 *Tomografía Axial Computerizada de abdomen*

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

EPISODIO 11

DP – 153.3 N. Maligna Colon Sigmoidal

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

PP - 17.36 Sigmoidectomía laparoscópica

- 47.11 Apendicectomía incidental laparoscópica

GRD's CORRECTOS

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 6

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
303	11	Q	Procedimiento sobre riñón y uréter y mayores sobre vejiga por neoplasia

GRD 303. Procedimiento sobre riñón y uréter y mayores sobre vejiga por neoplasia

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia benigna o maligna renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención como: nefrectomía, cistectomía total o radical, reconstrucción de vejiga, nefrostomía, pielotomía, nefroureterectomía, by-pass aortorrenal, biopsia abierta renal o ureteral, ureterectomía, ureterostomía cutánea, ureteroneocistostomía, anastomosis o reparación ureteral, ureteropexia o resección radical linfática.

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 10

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
321	11	M	Infecciones del riñón y tracto urinario. Edad > 17 sin CC

GRD 321. Infecciones del riñón y tracto urinario. Edad > 17 sin CC

Es un GRD médico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por infección renal o de vías urinarias como: pielonefritis aguda, cistitis, uretritis, infección renal o urinaria no especificada, tuberculosis o absceso renal.

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

- CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Nefrología - Boletín 13 (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifE nferm/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: Códigos V - Boletín 22 (2004). Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria.

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifE nferm/boletines/Codificacion_clinica_n22_04.pdf

- BOLETÍN DE CODIFICACIÓN (7ª edición CIE9-MC) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Puerto Real. Servicio de Documentación e Información Sanitaria. Noviembre 2010.

<http://documentacionclinicahupr.blogspot.com/>

- 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 (Grados),
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 **UROLOGÍA**

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.

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