

GRD'S COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA

DE DECISIONES ENTRE LAS **ÁREAS MÉDICA Y FINANCIERA.**

SERVICIO DE ***GINECOLOGÍA***

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

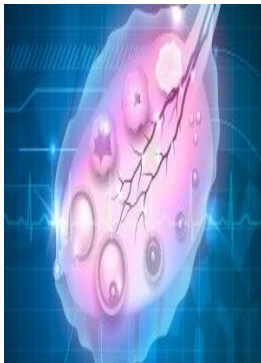
ISBN: 978-84-608-9661-6

Publicado en:

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

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

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



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

AGRADECIMIENTOS:

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

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

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

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

INDICE

PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	7
CONCEPTO DE GRD Y CARACTERÍSTICAS GENERALES	8
CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE LOS GRD...	8
CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD Y ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN	10
ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE GRD	13
JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD	14
INDICE CASUÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL.....	15
VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS GRD	17
PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD	18
PROCESO PARA UNA CORRECTA CODIFICACIÓN CIE-9-MC	20
RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS	21
TABLA 1: LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ..	21
TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.....	21
TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.....	22
ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD	23

TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL AÑO 2011	24
TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS.....	26
EPISODIOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA	27
EPISODIO 1: DOLOR ABDOMINAL.....	27
EPISODIO 2: TUMOR OVÁRICO	29
EPISODIO 3: DOLOR ABDOMINAL PERIOVULATORIO	31
EPISODIO 4: CARCINOMATOSIS PERITONEAL	33
EPISODIO 5: ÚTERO MIOMATOSO	35
EPISODIO 6: PÓLIPO ENDOMETRIAL	37
EPISODIO 7: ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.....	39
EPISODIO 8: QUISTE DE OVARIO.....	41
EPISODIO 9: NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO	43
EPISODIO 10: NEOPLASIA MALIGNA DE ORIGEN GINECOLÓGICO	45
DESARROLLO DE ALGORITMOS	48
CODIFICACIÓN CORRECTA	51
GRDs CORRECTOS.....	42
CONCLUSIONES	58
ANEXOS	60
REFERENCIAS	63

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN

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

Se ha explotado un número total de 141 altas en el servicio de Ginecología durante el año 2011, cribándose 15 GRDs representativos en cuanto a mayor peso general, más frecuentes y con mayor peso relativo. Los 5 GRDs con mayor peso que generan un consumo de recursos elevados, constan de un total de 12 altas, los 5 GRDs más frecuentes que engloban un mayor número de episodios con un total de 113 altas y los 5 GRDs de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 102 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 10 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Ginecología y el porcentaje de asistencia respecto al resto de servicios durante el año 2011. Analizamos los GRDs a los que corresponden para así valorar la importancia de una correcta indización para su posterior codificación con la CIE-9 MC.

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

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

CONCEPTO DE GRD Y CARACTERÍSTICAS 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 GRDs 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 secundario así como las intervenciones u otros procedimientos deben estar codificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Modificación Clínica (CIE-9-MC).

CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD Y ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN

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

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

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

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

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

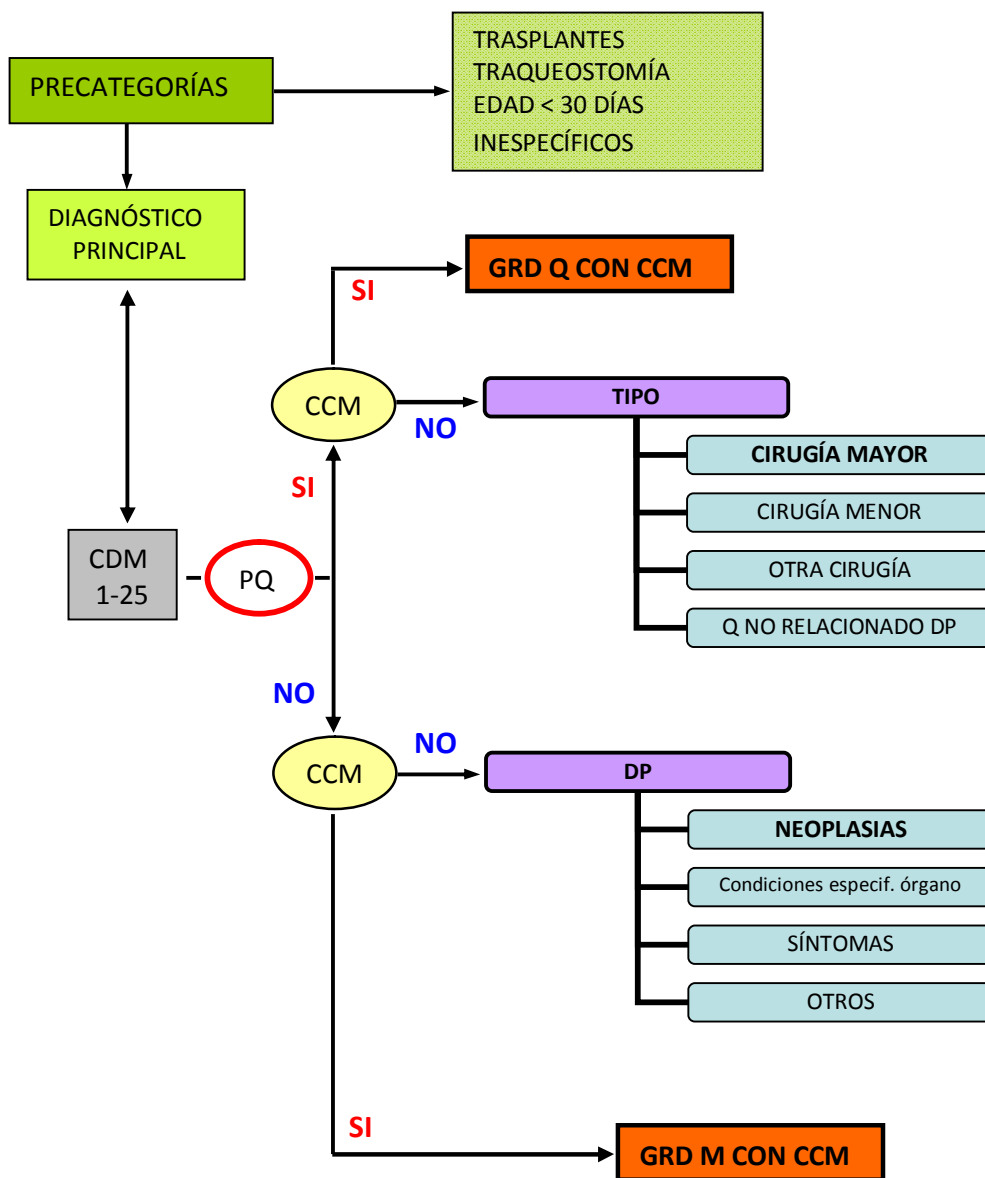
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón,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

La construcción de los GRD, se basa en:

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

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

ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE GRD



JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD

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

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

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

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



+ **CCM** (peritonitis postoperatoria)



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

INDICE CASUÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL

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

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

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

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

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

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

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

I = GRDi

H = hospital h

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

PRI = peso relativo del GRDi

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 (Bypass coronario con cateterismo cardíaco) tiene un peso de 7,4146 significa que su consumo está 6,1419 veces por encima de la media de todos los GRD.

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

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS GRD

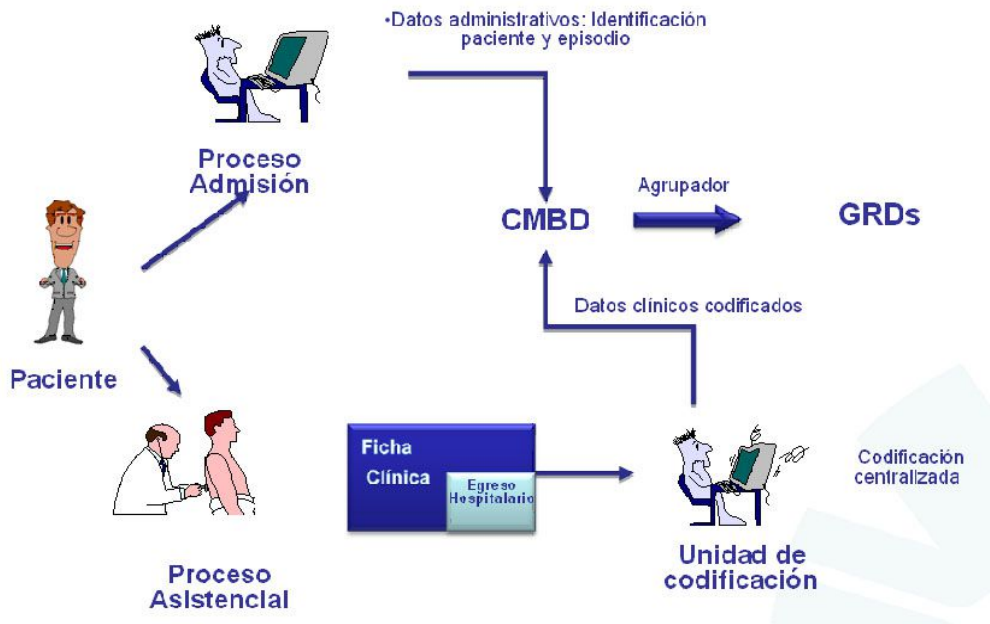
VENTAJAS

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

INCONVENIENTES

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

PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD

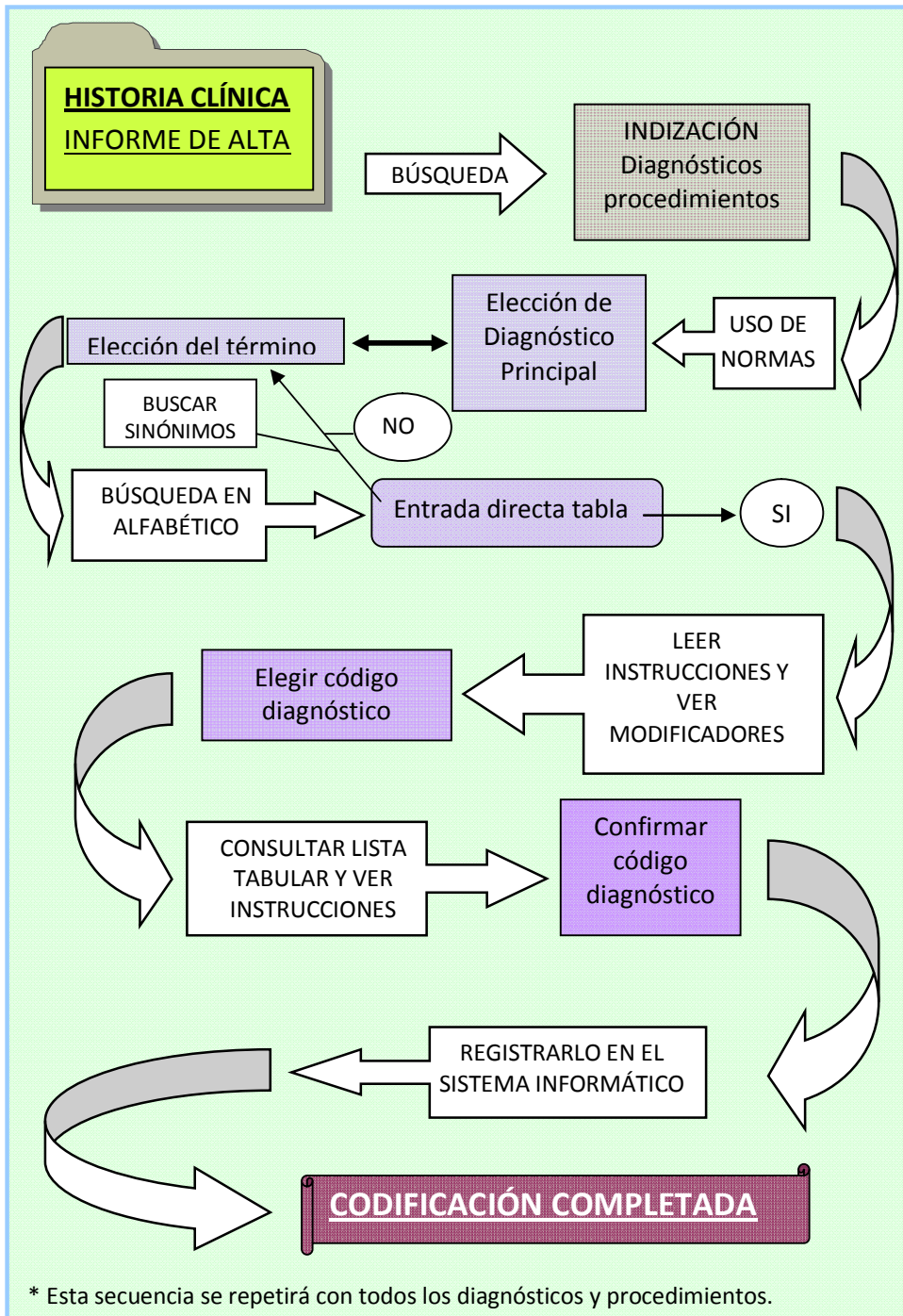


Este proceso es imprescindible para que el agrupador llegue al GRD de una CDM y no a otra, existiendo un entramado de decisiones que se alimenta de todas las variables. La codificación es la normalización del lenguaje verbal, transformándolo en números, permitiendo el tratamiento de la información. En 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 ginecología durante el año 2011 se han generado un total de 141 episodios, entre los cuales, hemos seleccionado los 15 GRD más significativos, según su peso, su frecuencia y su peso relativo.

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

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
148	6	Q	3,05	1	20
353	13	Q	3,05	3	11,67
573	13	Q	2,91	6	8.17
413	17	M	2,34	1	2
357	13	Q	2,18	1	7

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

<u>GRD</u>	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
359	13	Q	1,09	52	4,96
369	13	M	0,47	30	1,47
361	13	Q	1,02	11	2,09
368	13	M	0,75	8	4,63
814	6	M	0,48	6	3,67

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

GRD	CDM	TIPO	PESO	Nº PACIENTES	ESTANCIA MEDIA
359	13	Q	1,09	52	4,96
573	13	Q	2,91	6	8,17
369	13	M	0,47	30	1,47
361	13	Q	1,02	11	2,09
353	13	Q	3,05	3	11,67

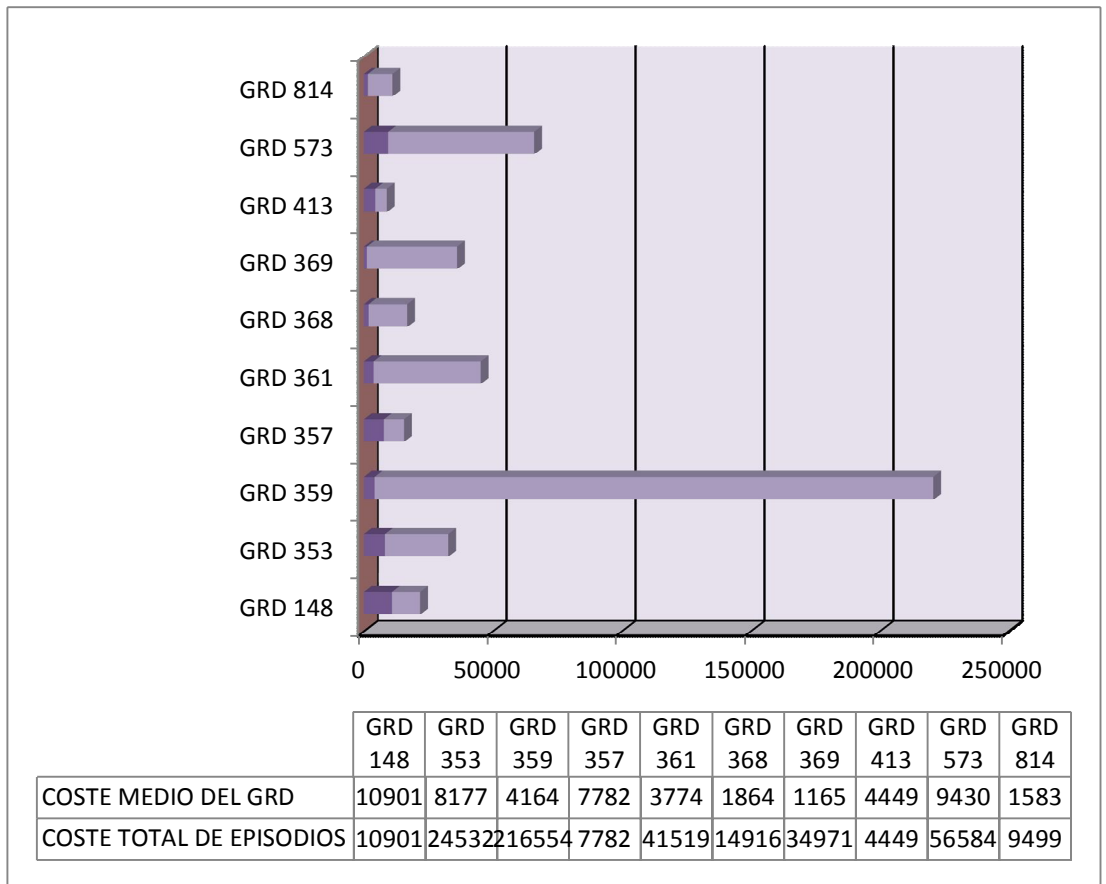
Analizando las tablas comprobamos que de los 119 episodios analizados el 62,18% son de tipo quirúrgico.

En la tabla 1, con un total de 12 episodios, comprobamos que no hay mucha diferencia en el peso de cada GRD, pero sí en la estancia media. Aunque el número de casos no sea muy alto, estos 12 pacientes han consumido gran cantidad de estancias debido a los cuidados necesarios tras la cirugía realizada, más compleja de lo que es habitual en el servicio de Ginecología de nuestro hospital.

En la tabla 2 los GRD más frecuentes siguen siendo de tipo quirúrgico con un total de 63 episodios frente a los 44 de tipo médico. Las altas totales del año 2011 en este servicio son 141, y su estancia media es de 4,13 días, si tenemos en cuenta que nuestra muestra es de 119 casos, podemos deducir que el GRD responsable de este valor de estancias es el 359 “procedimiento sobre útero y anejos por ca. In situ y proceso NEOM ya que supone más de un tercio del total de altas.

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 ginecología.

ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD



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

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

TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL AÑO 2011

SERVICIO	ALTAS	PESO	ESTANCIA EN DIAS	EM	Nº EXITUS	% EXITUS/PAC
GINECOLOGIA	141	1,03	582	4,13	1	0,71%
TOTAL HOSPITAL COMARCAL	4270	1,49	25409	5,95	228	5,34%



SAS GRUPO IV		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
6,65	0,62	-355,32
TOTAL HOSPITAL COMARCAL		
6,62	0,90	-2864,13

TODO EL SAS		
EM ESPERADA	IUE	IMPACTO ESTANCIA
4,61	0,90	-67,41
TOTAL HOSPITAL COMARCAL		
6,49	0,92	-2293,21

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.

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

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

EPISODIOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

EPISODIO 1: DOLOR ABDOMINAL

F. Ingreso: 13/09/11

F. Alta: 17/09/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 22 años.
inespecífico.

Motivo de Ingreso: Dolor abdominal

Anamnesis e Hª Actual: Paciente diagnosticada de colon irritable, consulta de urgencias por dolor abdominal de varios meses de evolución que ha empeorado en los últimos días. Estreñimiento de un mes de evolución. FUR: 16/08/2011.

A la exploración se objetiva un abdomen blando, depresible sin signos de irritación peritoneal. En la ECOTV se observa una formación bicameral en Douglas, dependiente de ovario izquierdo de 37*40 mm. Analíticamente presenta ligera leucocitosis con leve desviación izquierda. ECO abdominal normal.

Se decide ingreso en observación.

Resumen del ingreso: Durante el ingreso el dolor se focaliza en hipocondrio izquierdo y desaparece la leucocitosis. Se consulta con M.I por los AP de la paciente y es valorada por el doctor quien no objetiva patología urgente y solicita un TAC abdominal con posterior control en consulta de medicina interna.

DIAGNÓSTICO: **DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO**

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
814	6	M	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal con CC Mayor

EPISODIO 2: TUMOR OVÁRICO

F. Ingreso: 05/07/2011

F. Alta: 12/07/2011

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 71 años.

Motivo de Ingreso: tumoración ovárica

Anamnesis e Hª Actual: Paciente que ingresa para intervención programada por presentar tumoración ovárica.

Estudio preoperatorio normal.

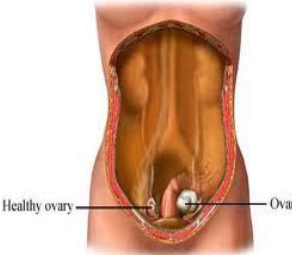
Resumen del Ingreso: El 06/07/2011 se realiza histerectomía, más doble anexectomía, más omentectomía, más Apendicectomía.

Postoperatorio normal.

DIAGNÓSTICO: HISTERECTOMÍA MÁS DOBLE ANEXECTOMÍA, OMENTECTOMÍA Y APENDICECTOMÍA. ANEMIA MODERADA.

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
357	13	Q	Procedimiento sobre útero y anejos por neoplasia maligna de ovario o anejos.

EPISODIO 3: DOLOR ABDOMINAL PERIOVULATORIO

F. Ingreso: : 25/02/11

F. Alta: 26/02/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 43 años.

Motivo de Ingreso: Dolor abdominal periovulatorio.

Antecedentes: Histerectomizada por útero polimiomatoso. Quistes ováricos bilaterales.

Anamnesis e Hª Actual: acude de urgencias con dolor severo abdominal, hipogástrico de 48 horas de evolución.

A la exploración dolor en fondo vaginal y en hipogastrio a la presión profunda.


Ecográficamente folículo en ovario derecho de 39 mm y aspecto hemorrágico. En ovarios izquierdo otros dos de 26 y 21 mm.

Ingresa para analgesia y observación, encontrándose bien en el día de la fecha

DIAGNÓSTICO: DOLOR ABDOMINAL PERIOVULATORIO.

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Codificación y asignación de GRD

EPISODIO 3		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		 <p style="text-align: center; font-weight: bold; color: red;">Ciclo Menstrual</p> <p>1. Menstruación: El ciclo empieza el primer día de la regla.</p> <p>2. Huevo comienza a madurar.</p> <p>3. Capa interna que recubre al útero comienza a crecer.</p> <p>4. Ovulación.</p> <p>5. Capa interna que recubre al útero sigue aumentando de grosor.</p> <p>6. Si no hay fecundación el huevo se desecha.</p> <p>7. Capa interna que recubre el útero comienza a desprenderse.</p>

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
369	13	M	Trastornos menstruales y otros problemas del aparato genital femenino.

EPISODIO 4: CARCINOMATOSIS PERITONEAL

F. Ingreso: 06/09/11

F. Alta: 23/09/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 75 años

Motivo de Ingreso: Carcinomatosis peritoneal de origen ovárico.

Anamnesis e Hª Actual: Paciente de 75 años de edad que ingresa para intervención programada por presentar sospecha clínico ecográfica de ca de ovarios.

Estudio preoperatorio normal.


Técnica Quirúrgica: El 07/09/2011 se realiza laparotomía media infraumbilical con los siguientes hallazgos: Pelvis bloqueada; diseminación biliar por todo el peritoneo parietal y visceral. Se toman biopsias de los implantes con apertura accidental de dos asas de yeyuno que sutura el cirujano de guardia.

Resumen del Ingreso: Postoperatorio tórpido con fiebre que desaparece progresivamente conforme mejora el aspecto de la herida quirúrgica que se encuentra cerrando por segunda intención.

DIAGNÓSTICO: CARCINOMATOSIS PERITONEAL

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
148	6	Q	Procedimientos mayores de intestino delgado y grueso con CC.

EPISODIO 5: ÚTERO MIOMATOSO

F. Ingreso: 22/02/11

F. Alta: 01/03/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 44 años

Motivo de Ingreso: Útero miomatoso

Anamnesis e Hª Actual: Ingresa en nuestro servicio para intervención programada por presentar útero miomatoso.

Fecha Intervención: 23/02/2011

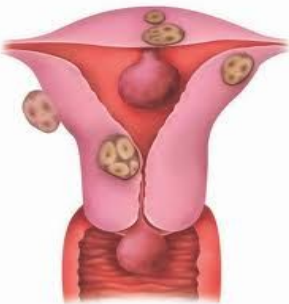
Técnica Quirúrgica: Se practica histerectomía abdominal simple bajo anestesia general. A las 24 horas caída brusca del hematocrito, ecografía vaginal, hematoma de 10 cms. en Douglas. Se realiza reaparotomía con sutura de puntos sangrantes.

Evolución y tratamiento hospitalario: El postoperatorio cursa con normalidad. Es dada de alta en buen estado.

DIAGNÓSTICO: ÚTERO MIOMATOSO

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
573	13	Q	Procedimientos no radicales del aparato genital femenino con CC mayor.

EPISODIO 6: PÓLIPO ENDOMETRIAL

F. Ingreso: 25/05/11

F. Alta: 29/05/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 45 años

Motivo de Ingreso: Pólipo endometrial

Antecedentes: Diagnóstico ecográfico de Pólipo endometrial. Perimenopausia.

Anamnesis e Hª Actual: Paciente que ingresa en nuestro servicio para Histeroscopia Diagnóstica por sospecha ecográfica de pólipo endometrial. Estudio hormonal compatible con fallo ovárico precoz. Analítica general normal.

Ecografía vaginal: Útero con imagen intracavitaria sugestiva de gran pólipo endometrial. Ovarios normales.

Fecha Intervención: 25/05/11

Resumen del Ingreso: Se practica Histeroscopia diagnóstica bajo anestesia general. Se objetiva gran pólipo inserto en fondo y otros pólipos adyacentes en el resto de la cavidad. Durante la polipectomía se produce perforación uterina sangrante que obliga a la realización de laparotomía exploradora.

Se confirma perforación sangrante en fondo uterino y se practica Histerectomía subtotal sin incidencias.

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

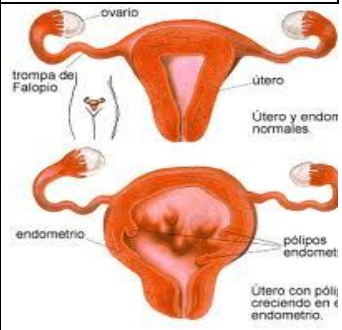
DIAGNÓSTICO: Pólipo endometrial

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

EPISODIO 7: ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

F. Ingreso: 29/09/11

F. Alta: 04/10/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 28 años

Motivo de Ingreso: Dolor abdominal

Paciente que ingresa por dolor abdominal, desde retirada de DIU el día 23/09/2011.

A la exploración: genitales externos normales, vagina eutrófica, no leucorrea. Cérvix bien epitelizado. Movilización cervical dolorosa. Abdomen blando y depresible.

Eco TV: Útero en retroversión, ovarios normales, no líquido libre.

Hemograma y bioquímica: normales.

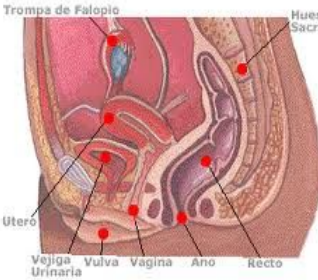
Es ingresada para observación y tratamiento antibiótico iv.

La paciente evoluciona favorablemente, por lo que es dada de alta en buen estado.

DIAGNÓSTICO: **Sospecha de EPI leve**

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
368	13	M	Infecciones del aparato genital femenino

EPISODIO 8: QUISTE DE OVARIO

F. Ingreso: 15/02/11

F. Alta: 18/02/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 33 años

Motivo de Ingreso: Quiste de ovario izquierdo

Anamnesis e Hª Actual: Paciente que ingresa en nuestro servicio para intervención programada por presentar quiste de ovario izquierdo.

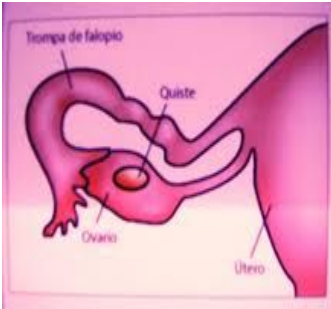
Tras practicarse estudios preoperatorios que no contraindican intervención, el 16/02/2011 se practica quistectomía de ovario izquierdo y bloqueo tubárico bilateral bajo anestesia general.

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

DIAGNÓSTICO: Quiste de ovario izquierdo

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
361	13	Q	Laparoscopia o interrupción tubárica incisional

EPISODIO 9: NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO

F. Ingreso: 15/03/11

F. Alta: 23/03/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 52 años

Motivo de Ingreso: Histerectomía radical

Anamnesis e Hª Actual: Paciente que ingresa en nuestro servicio para intervención programada para diagnóstico y estadiaje quirúrgico.

Pruebas complementarias: Sugestivas de patología anexial.

Tras practicarse estudios preoperatorios que no contraindican intervención, el 16/03/2011 se practica Histerectomía radical bajo anestesia general.


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

DIAGNÓSTICO: Neoplasia **maligna de ovario**

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

EPISODIO 10: NEOPLASIA MALIGNA DE ORIGEN GINECOLÓGICO

F. Ingreso: 20/01/11

F. Alta: 22/01/11

INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Edad: 87 años

Motivo de Ingreso: Dolor abdominal

Anamnesis e H^a Actual: Paciente que ingresa en nuestro servicio con dolor abdominal, disnea y fiebre. Tras realizarse ecografía abdominal se observa tumoración mixta con ascitis leve que ocupa todo el abdomen. Se sospecha de tumoración ginecológica.


Dada la edad de la paciente y el tamaño del tumor se decide no operar.

La paciente fallece el día 22 de Enero por probable tumoración ginecológica.

DIAGNÓSTICO: Neoplasia maligna de probable origen ginecológico

DIAGNÓSTICOS QUE ENCONTRAMOS REVISANDO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

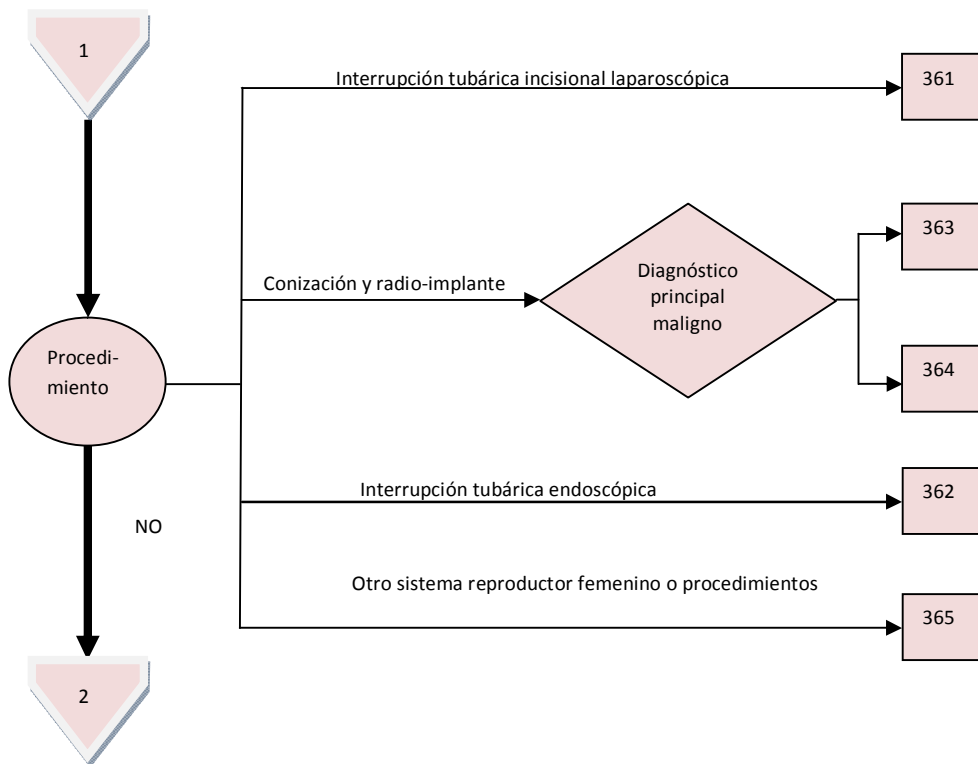
Codificación y asignación de GRD

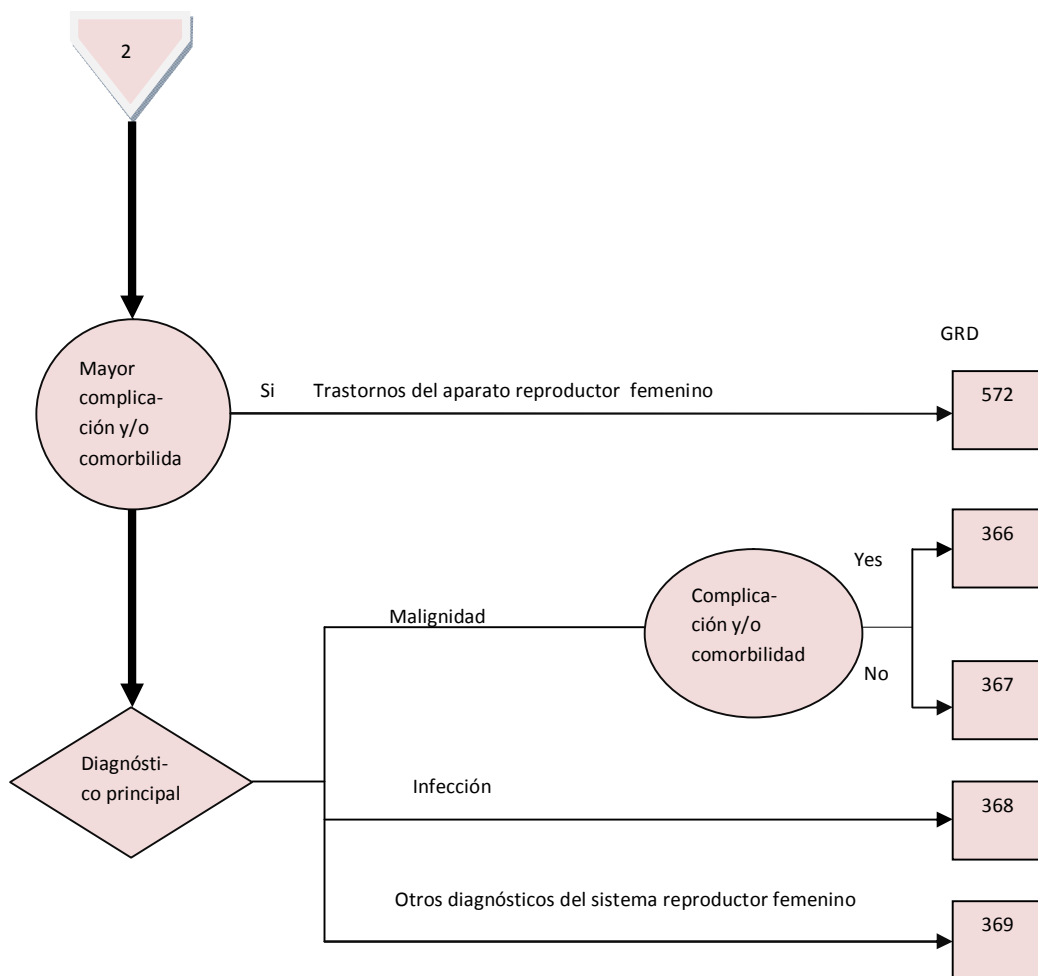
EPISODIO 10		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

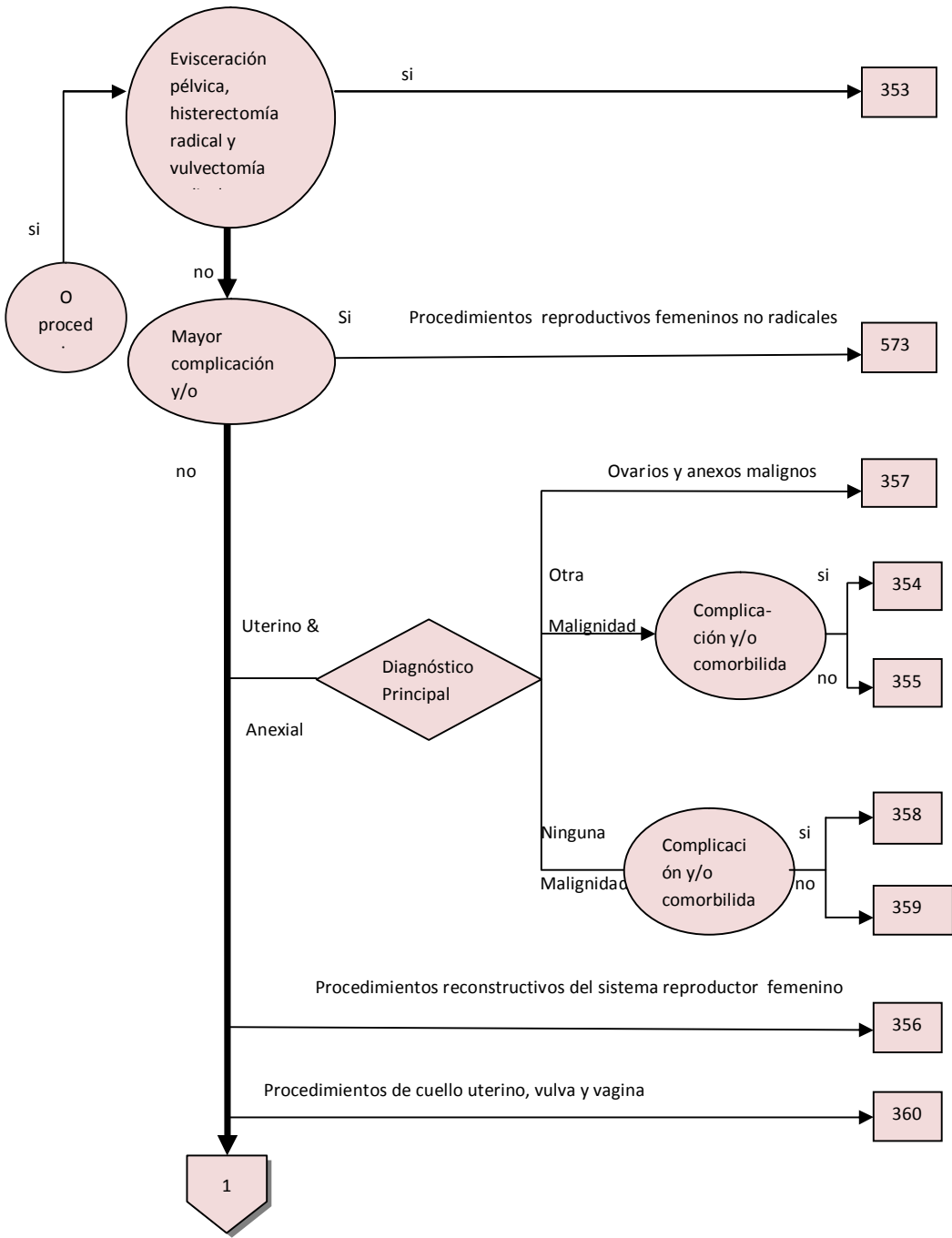
GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
413	17	M	Otros trastornos mieloproliferativos o neoplasias mal diferenciadas con CC.

ALGORITMO ESPECÍFICO DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR 13.

Continuando con los algoritmos de la aplicación de los GRD, a continuación se expone el propio de la Categoría Diagnóstica Mayor 13 Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino (Reproducido con el permiso de 3M España S.A.).







CODIFICACIÓN CORRECTA

EPISODIO 1

DP- 789.02 Dolor abdominal cuadrante superior izquierdo

564.1 Colon irritable

PP - 88.79 Otros ultrasonidos diagnósticos

EPISODIO 2

DP- 236.2 Neoplasia comp. No determinado de ovario.

285.9 Anemia no especificada.

PP- 68.59 Otra histerectomía vaginal y la no especificada

65.61 Extirpación de ambos ovarios y trompas en un mismo tiempo operatorio.

54.4 Excisión o eliminación de tejido peritoneal.

47.19 Otras apendicectomías incidentales.

EPISODIO 3

DP- 620.2 Otros quistes ováricos y quistes ováricos neom.

V45.77 Órganos genitales

PP- 88.79 Otros ultrasonidos diagnósticos.

EPISODIO 4

**DP- 197.6 Neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y
Peritoneo**

183.0 Neoplasia maligna de ovario

863.29 Lesión intestino delgado -sin trauma abierto cavidad
abdominal

998.59 Otras infecciones postoperatorias

278.00 Obesidad inespecífica

285.9 Anemia no especificada

E878.8 Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas.

PP- 54.23 Biopsia de peritoneo.

46.73 Sutura de herida de intestino delgado, salvo duodeno.

EPISODIO 5

DP- 218.9 Leiomioma uterino no especificado

998.12 Hematoma que complica un procedimiento

E878.8 Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas

PP- 68.49 Otras histerectomía total abdominal.

88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperitoneo.

EPISODIO 6

DP- 621.0 Pólipo de cuerpo uterino

998.2 Punción/laceración accidental durante procedimiento

E878.8 Otras interv. y técnicas quirúrgicas especificadas.

PP- 68.39 Otra histerectomía subtotal abdominal

68.29 Otras Excisión o destrucción de lesión de útero

88.79 Otros ultrasonidos diagnósticos

EPISODIO 7

DP- 614.9 Inflamación órgano y tejido pélvico femenino neom

PP- 88.79 Otros ultrasonidos diagnósticos.

EPISODIO 8

DP- 620.2 Quiste ovárico

V25.2 Atención contraceptiva-esterilización

PP- 65.25 Otra Excisión local o destrucción laparoscópica de ovario

66.22 Ligadura y sección endoscópica bilaterales de trompas de Falopio

88.79 Otros ultrasonidos diagnósticos

EPISODIO 9

DP- 183.0 Neoplasia maligna de ovario

785.6 Aumento del volumen de ganglios linfáticos

PP- 68.69 Otra histerectomía abdominal radical

65.61 Extirpación de ambos ovarios y trompas en un mismo tiempo operatorio

40.52 Excisión radical de nódulos linfáticos periaórticos

40.53 Excisión radical de nódulos linfáticos ilíacos

54.4 Excisión o eliminación de tejido peritoneal

54.23 Biopsia de peritoneo

99.04 Transfusión de concentrado de Hematíes

EPISODIO 10

D.P- 239.8 Neoplasia de naturaleza no especificada de otros sitios Especificados

789.59 Ascitis

V43.1 Sustitución de cristalino

V45.61 Extracción de cataratas

P.P- 88.76 Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperitoneo

88.01 Tomografía Axial Computerizada de abdomen

GRDs CORRECTOS

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 6

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
359	13	Q	Procedimiento sobre útero y anejos por cáncer in situ y proceso no maligno sin cc.

GRD 359. Procedimiento sobre útero y anejos por cáncer in situ y proceso no maligno sin cc.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica excepto neoplasia maligna que no sea in situ, a las que se les ha practicado una intervención laparoscópica como: histerectomía abdominal con o sin doble anexectomía total, parcial o en cuña o Excisión de lesión de útero o de ovario. Los motivos de ingreso más frecuentes son: mioma uterino, quiste o tumor benigno de ovario o endometriosis.

No se clasifican en este GRD las pacientes a las que se les ha practicado una destrucción de lesión de ovario laparoscópica, ooforectomía laparoscópica, laparoscopia, esterilización por sección o ligadura tubárica bilateral (salvo que esta se realice por vía laparoscópica) o histerectomía laparoscópica supracervical o vaginal. Estas pacientes se clasifican en los GRD 361 ó 573.

SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 9

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
353	13	Q	Evisceración pélvica, hysterectomía radical y vulvectomía radical

GRD 353: Evisceración pélvica, hysterectomía radical y vulvectomía radical.

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

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

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

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

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

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

GRD 814

Es un GRD médico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enteritis o gastroenteritis no bacteriana como viral, alérgica, mal definida o no especificada. También se clasifican en este GRD los pacientes ingresados por náuseas, vómitos o dolor abdominal.

GRD 357

Es un GRD que agrupa a pacientes ingresadas por una neoplasia maligna o de comportamiento incierto de ovario o anejos a las que se les ha practicado una intervención como: histerectomía, doble anexectomía o excisión de lesión de ovario o de anejos.

GRD 369

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un enfermo ginecológico, excepto neoplasia maligna o patología infecciosa como: mioma u otro tumor benigno, quiste, pólipo, metrorragia pre, peri o postmenopáusica o algias pelvianas.

GRD 148

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad digestiva que se les ha practicado una intervención intestinal como: Sigmoidectomía, Hemicolectomía, colectomía total, resección parcial de intestino delgado o grueso o colostomía.

Además estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: metástasis (en la mayoría de los casos hepáticas), infección, hemorragia u obstrucción postoperatorias o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

GRD 573

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por cualquier enfermedad del aparato genital femenino a las que se les ha practicado una intervención sobre el mismo y tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: infección o hemorragia postoperatoria, dehiscencia de sutura, neumonía o insuficiencia renal.

Las intervenciones más frecuentes practicadas a estas pacientes son: histerectomía abdominal o vaginal, extirpación de lesión de ovario, salpingo-ooforectomía unilateral o conización de cérvix.

GRD 368

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por una infección del aparato genital femenino como: enfermedad pélvica inflamatoria aguda o crónica, tuberculosis genital, endometritis, cervicitis, vulvovaginitis o absceso de vulva.

GRD 361

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica o para esterilización a las que se les ha

practicado una destrucción de lesión de ovario laparoscópica, ooforectomía laparoscópica, laparoscopia, esterilización por sección o ligadura tubárica bilateral (salvo que esta se realice por vía laparoscópica) o hysterectomía laparoscópica supracervical o vaginal.

GRD 413

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia mal especificada en cuanto al sistema u órgano afectado, tanto malignas (primarias o secundarias), como benignas, in situ o de comportamiento incierto.

Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como metástasis o el tumor primario (cuando el motivo del ingreso es la metástasis).

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.
- 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>

- 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 *GINECOLOGÍA*

INVESTIACIÓN Y ANÁLISIS.

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