

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

SERVICIO DE **HEMATOLOGÍA**

**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 Josfa Rojas Lucena – TSADS.

Isabel García Gallegos - TSADS.

M<sup>a</sup> 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: 978-84-608-9662-3**

Publicado en:

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

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

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



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

**AGRADECIMIENTOS:**

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

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

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

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

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>CONCEPTO GRD Y CARACTERÍSTICAS GENERALES .....</b>	<b>9</b>
CAMPOS DEL CMBDA QUE INFLUYEN EN LA GENERACIÓN DE LOS GRD .....	9
CONSTRUCCIÓN DE LOS GRD Y ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN....	10
DESARROLLO DE UN ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN .....	13
JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD (CC, CCM).....	14
INDICE CAUSÍSTICO DE PESOS Y PESO RELATIVO DEL HOSPITAL ....	15
<b>VENTAJAS E INCONVENIENTES .....</b>	<b>17</b>
<b>PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD .....</b>	<b>18</b>
<b>PROCESO DE CODIFICACIÓN CORRECTA CIE-9-MC.....</b>	<b>19</b>
<b>RESUMEN DE LOS GRD SELECCIONADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS.....</b>	<b>20</b>
TABLA 1:LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.....	20
TABLA 2: LOS 5 GRD DE MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.....	20
TABLA 3: LOS 5 GRD DE MÁS PESO RELATIVO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.....	21
ANÁLISIS DEL COSTE MEDIO Y DEL COSTE TOTAL POR GRD.....	22
TABLAS COMPARATIVAS DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA EN EL AÑO 2011 .....	24

TABLA COMPARATIVA POR SERVICIOS, POR HOSPITALES DE SU CATEGORÍA Y POR EL TOTAL DE HOSPITALES DEL SAS EN EL AÑO 2011 .....	25
<b>EPISODIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, EJERCICIOS Y GRD`s ASIGNADOS .....</b>	<b>26</b>
Episodio 1 – GRD 089: Neumonía simple y pleuritis. Mayor de 17 años con CC .....	26
Episodio 2 – GRD 574: Trastornos de la sangre, órganos hematopoyéticos e inmunológicos con CC Mayor .....	28
Episodio 3 – GRD 783: Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor. Edad mayor de 17 años sin CC.....	31
Episodio 4 – GRD 395: Trastorno de los hematíes. Edad mayor de 17 años .....	34
Episodio 5 – GRD 397: Trastornos de coagulación.....	37
Episodio 6 – GRD 404: Linfoma y leucemia no aguda sin CC.....	40
Episodio 7 – GRD 395: Trastornos de los hematíes. Edad mayor de 17 años .....	43
Episodio 8 – GRD 576: Leucemia aguda con CC Mayor .....	46
Episodio 9 – GRD 404: Linfoma y leucemia no aguda sin CC.....	48
Episodio 10 – GRD 089: Neumonía simple y pleuritis. Edad mayor de 17 años con CC .....	51
<b>DESARROLLO DE ALGORITMOS.....</b>	<b>54</b>
DESARROLLO DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR (CDM ) 16 .....	54
<b>CODIFICACIÓN CORRECTA .....</b>	<b>55</b>
<b>GRD`s CORRECTOS.....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>62</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>67</b>

## PRESENTACIÓN

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

Por ello, este libro se ha creado por y para los técnicos en documentación sanitaria, como una guía básica, teórica y práctica que nos ayude a comprender la casuística hospitalaria (*case mix*) a través de los GRD's, 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 677 altas en el servicio de Cirugía durante el año 2011, cribándose 15 GRD`s representativos en cuanto a mayor peso general, más frecuentes y con mayor peso relativo. Los 5 GRD`s con mayor peso que generan un consumo de recursos elevados, constan de un total de 23 altas, los 5 GRD`s más frecuentes que engloban un mayor número de episodios con un total de 229 altas y los 5 GRD`s de mayor peso relativo que relacionan complejidad y coste y han generado un total de 145 altas. Hemos seleccionado de todos ellos una muestra de 18 episodios que nos dan una idea general de la complejidad del servicio de Cirugía y el porcentaje de asistencia respecto al resto de servicios durante el año 2011. Analizamos los GRD`s a los que corresponden para así valorar la importancia de una correcta indización para su posterior codificación con la CIE-9 MC.

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

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

## CONCEPTO GRD Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

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

- El nº de GRD's es manejable ( $\sim$ /=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 responsable. Ingreso
  15. Identif. Servicio responsable. Ingreso
  16. Fecha de traslado
  17. Identif. Servicio de traslado
  18. Identif. Servicio responsable del alta
  19. Identif. Médico responsable del alta
  20. Fecha del alta
  21. **Circunstancias del alta**
  22. Identificación centro de traslado
  23. **Diagnóstico principal**
  24. **Otros diagnósticos**
  25. Causa externa
  26. **Procedi. Diagnósticos/terap.**
  27. Fecha intervención quirúrgica
  28. Fecha de parto
  29. Tiempo de gestación
  30. **Peso recién nacido**
  31. Sexo recién nacido

Los diagnósticos 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.

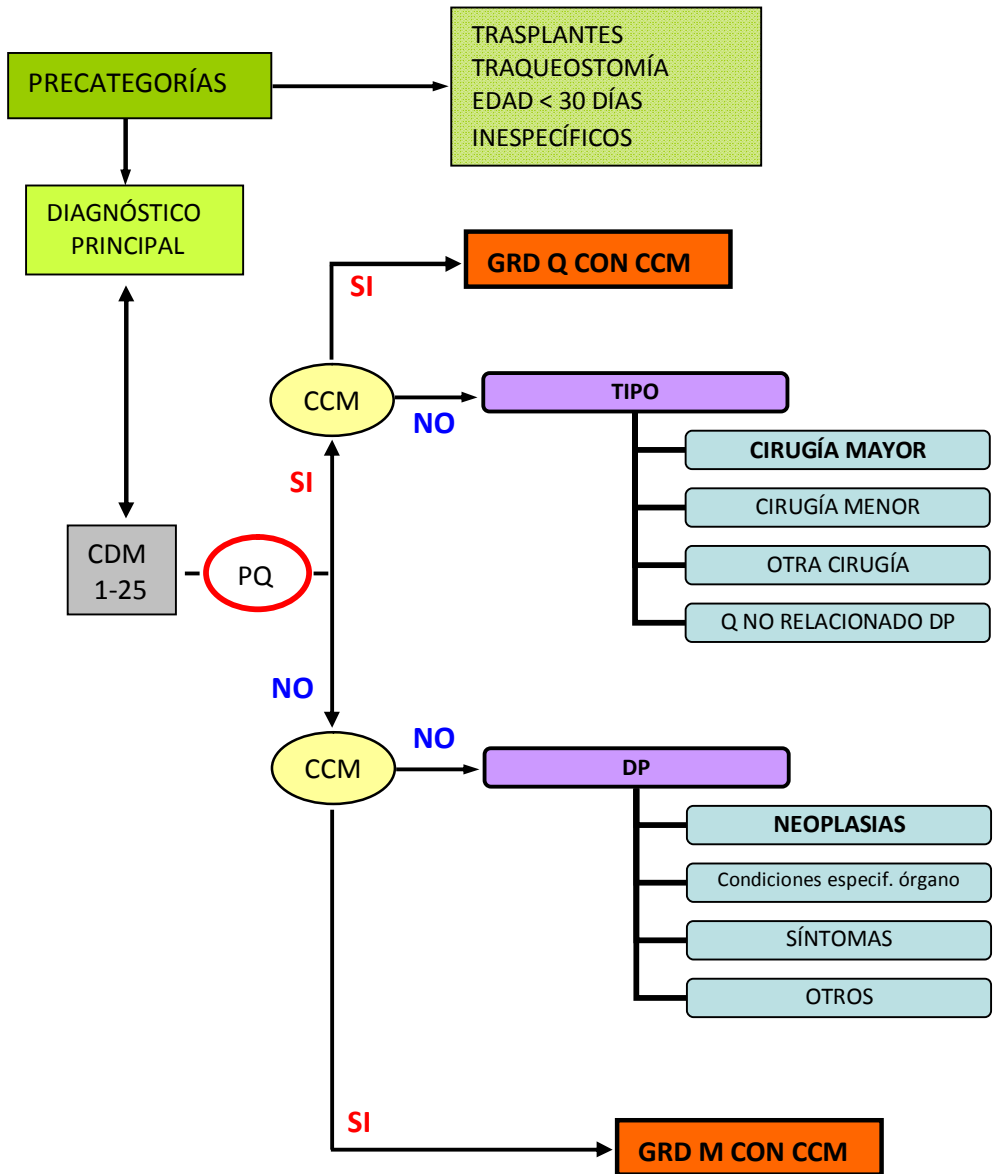
Existen unas Precategorías Diagnósticas Mayores que recogen ciertos procedimientos que una vez detectados por el agrupador, no continúa la secuencia y asigna directamente un GRD. Son los siguientes: trasplante cardíaco, trasplante renal, trasplante hepático, trasplante de médula ósea, trasplante de pulmón,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



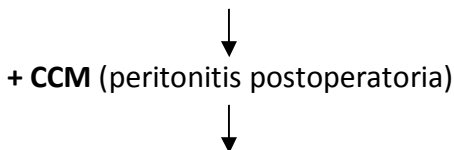
## JERARQUÍA DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD

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 o en el aumento de días de estancia).
- El orden de los procedimientos es indistinto, el programa busca en primer lugar si existen quirúrgicos para subclasificar dentro de cada CDM y después mirar el resto de los procedimientos. Si existen varios, utilizará primero el más complejo.

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

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



**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



**Nih** = nº de altas en el GRDi en el hospital h

**PRI** = peso relativo del GRDi

### Pesos relativos 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

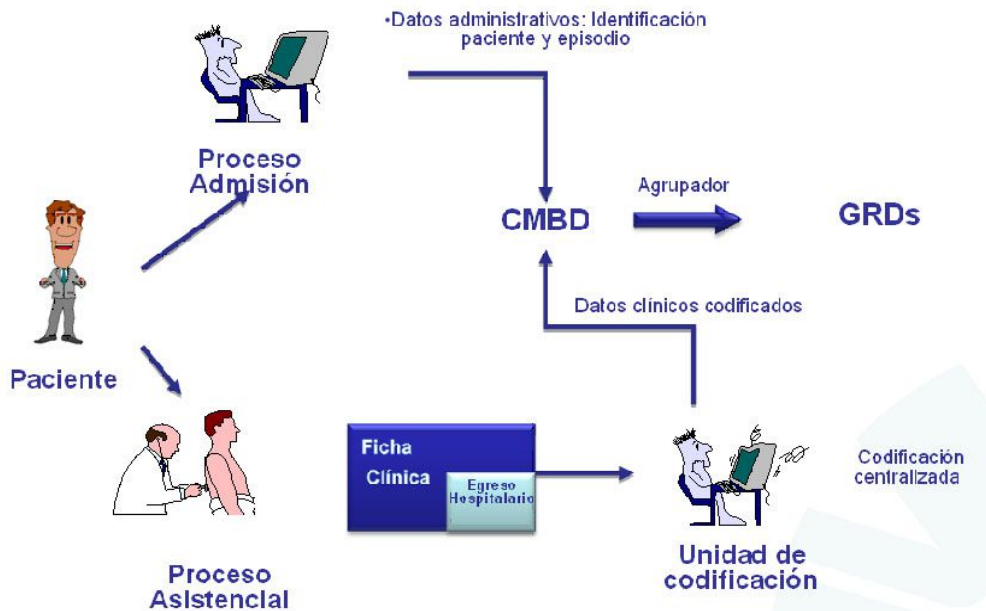
### **VENTAJAS**

- 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.

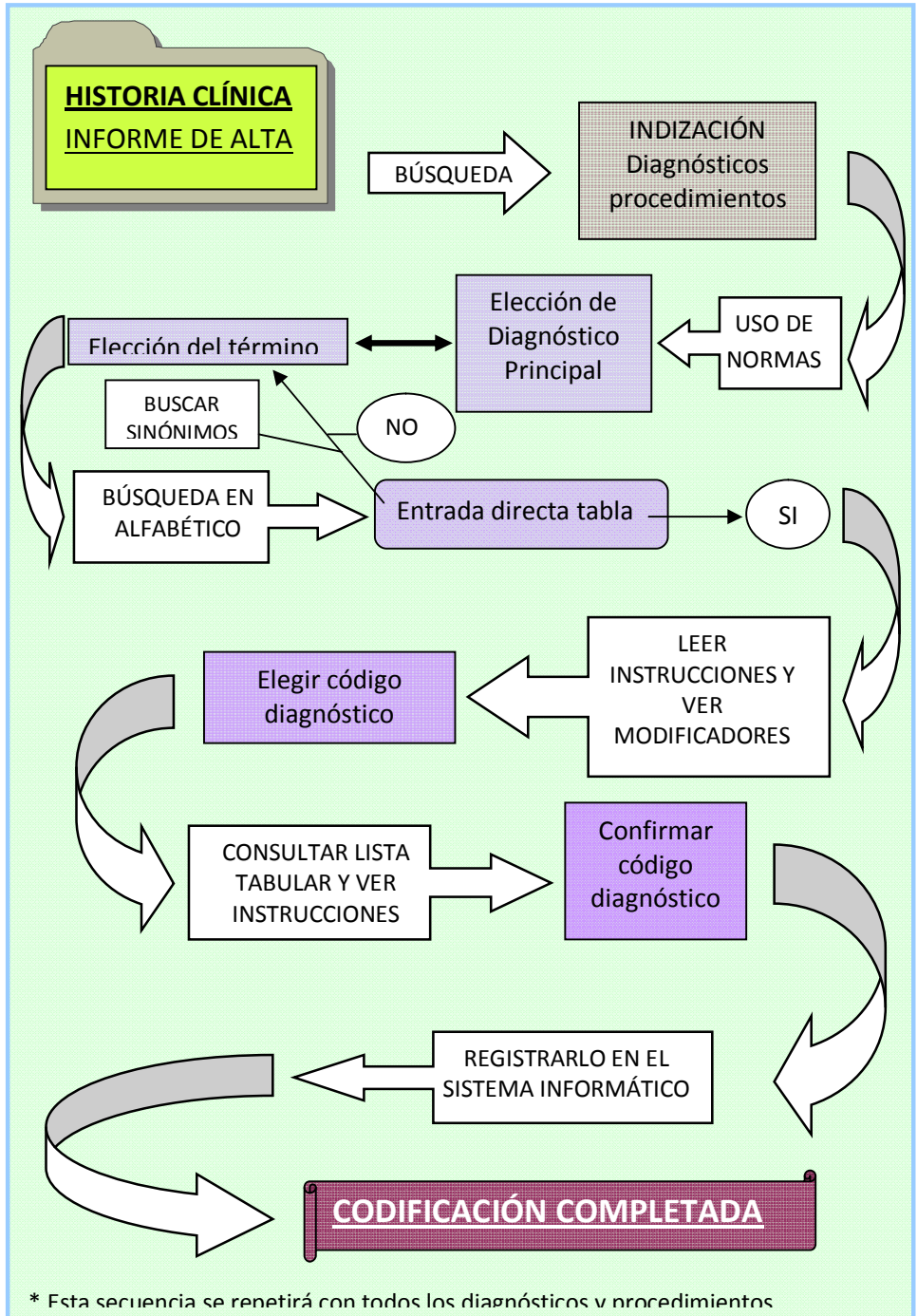
## PROCESO GLOBAL PARA LA ASIGNACIÓN FINAL DE UN GRD



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 peso 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 Hematología durante el año 2011 se han generado un total de 14 episodios, entre los cuales, hemos seleccionados los 15 GRD mas significativos, según su peso, su frecuencia y su peso relativo.

**TABLA 1: LOS 5 GRD DE MÁS PESO EN EL SCIO. DE HEMATOLOGÍA**

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>576</b>	17	<b>M</b>	<b>12,63</b>	1	<b>2</b>
<b>574</b>	16	<b>M</b>	<b>2,73</b>	1	<b>6</b>
<b>541</b>	4	<b>M</b>	<b>2,34</b>	1	<b>3</b>
<b>783</b>	17	<b>M</b>	<b>2,22</b>	1	<b>5</b>
<b>404</b>	17	<b>M</b>	<b>1,49</b>	3	<b>8,33</b>

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

<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>395</b>	16	<b>M</b>	1,05	<b>3</b>	4
<b>404</b>	17	<b>M</b>	1,49	<b>3</b>	8,33
<b>089</b>	4	<b>M</b>	1,31	<b>1</b>	10
<b>397</b>	16	<b>M</b>	1,32	<b>1</b>	4
<b>399</b>	16	<b>M</b>	0,85	<b>1</b>	4

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

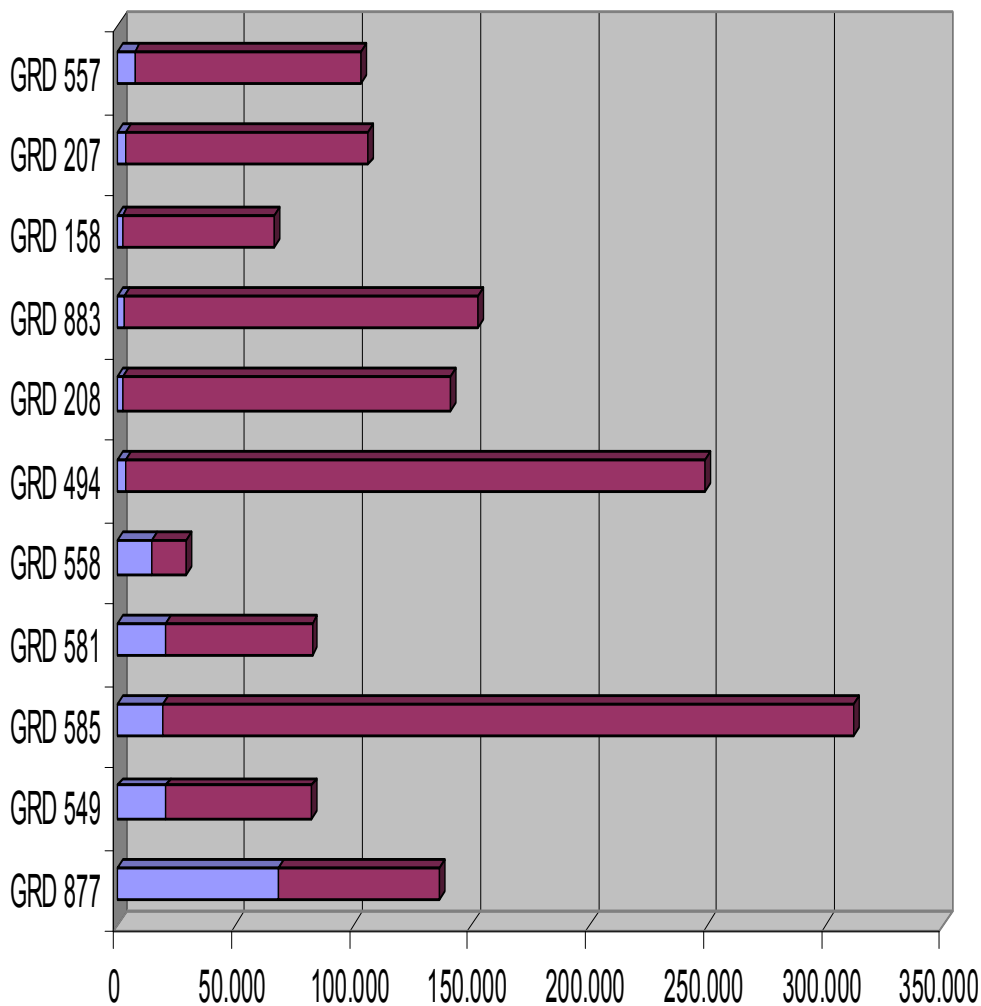
<b><u>GRD</u></b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº PACIENTES</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>
<b>576</b>	17	<b>M</b>	<b>12,63</b>	1	2
<b>404</b>	17	<b>M</b>	<b>1,49</b>	3	8,33
<b>395</b>	16	<b>M</b>	<b>1,05</b>	3	4
<b>574</b>	16	<b>M</b>	<b>2,73</b>	1	6
<b>541</b>	4	<b>M</b>	<b>2,34</b>	1	3

Analizando las tablas comprobamos que todos los episodios analizados son de tipo médico, como era de esperar en el Servicio de Hematología.

La CDM 17 aparece en todas las tablas y su descripción es *Trastornos Mieloproliferativos, neoplasias mal diferenciadas*, es una categoría que engloba un total de 22 GRD en su mayoría GRD Médicos.

La tabla 3 analiza la media entre pesos, 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 Hematología.

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



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

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

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



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

SERVICIO	ALTAS	PESO	ESTANCIA EN DIAS	EM	Nº EXITUS	% EXITUS/PAC
<b>HEMATOLOGÍA</b>	14	2,30	92	6,57	2	14,29%
<b>TOTAL HOSPITAL COMARCAL</b>	4270	1,49	25409	5,95	228	5,34%



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

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

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

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

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

## EPISODIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

### EPISODIO 1

F. Ingreso: 23/03/11

F. Alta: 23/03/11

#### INFORME CLÍNICO

**Edad:** 82 años. **Motivo de Ingreso:** Neutropenia febril de focalidad respiratoria.

**Informe:** Paciente de 82 años de edad diagnosticada de SMD alto riesgo (leucocitado), en tto con 2º ciclo de s. azacitidina que ha presentado como complicación el 4º día del 2º ciclo neutropenia febril de focalidad respiratoria.

#### **Tratamiento domiciliario:**


- Beber al menos 1,5 l. de agua diario
- N. Acetilcisteína 200 mgr./8 H
- Enalapril ( tto HTA domiciliario) si precisa
- Leuflosacina 500 mgr c/24 h
- Ácido fólico 10 mgr. 1 cp los mismos días del sept.....

EVITAR AINES E INYECCIONES INTRAMUSCULARES

Próximo control lunes 28 marzo H. Día Médico. En caso de fiebre, acudir al Hospital.

DIAGNÓSTICO: **Neutropenia febril de focalidad respiratoria.**

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
089	4	M	Neumonía simple y pleuritis. mayor de 17 años con CC

## EPISODIO 2

F. Ingreso: 05/02 /11

F. Alta: 11/02/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** **Motivo de Ingreso:** Paciente diagnosticada de linfoma hace 4 meses (linfoma T angioinmunoblástico) en esquema quimioterápico tipo CHOP (2° ciclo el 26 de enero, está en día +10) y anemia hemolítica autoinmune con buena respuesta a los tratamientos. Acude a Urgencias por ASTENIA.

#### **Antecedentes personales:**

- No alergias a medicamentos
- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Tratamiento: kitril, Acfol, Ranitidina, deslazacort.

**Historia actual:** Acude a urgencias por decaimiento, falta de apetito, imposibilidad de tenerse en pie, pirosis y vómitos en dos ocasiones. No obras sin laxantes. En la exploración presenta un regular estado general, sin signos de deshidratación, ligera palidez de piel y mucosas, no nistagmo. Imposibilidad de mantenerse en pie pero sin focalidad neurológica, auscultación sin hallazgos de interés.

#### **Pruebas complementarias:**


- Hemograma: leucocitos  $0.25 \times 10^9/L$ , segmentados  $0.08 \times 10^9/L$ , (segmentados 32%, linfocitos 44%, monocitos 24%), hemoglobina 11.2 g/dL, hematocrito 31.2%, hematíes  $4.07 \times 10^{12}/L$ , VCM 76.7 fL, HCM 27.5 pg, CHCM 35.9 g/dL, plaquetas  $126 \times 10^9/L$ .

- Estudio de coagulación normal
- Perfil bioquímico: glucosa 163 mg/dl, urea 99 mg/dl, creatinina 0.99 mg/dl, sodio 118 mmol/ L, potasio 5.5 mmol/L, osmolaridad 263 mOsm/kg, triglicéridos 345 mg/dl, albúmina 2,76 mg/dl,
- Hormonas tiroideas, aldosterona, hepatoglobina.
- Cortisol y hormona antidiurética normales.
- Orina: presencia de microalbuminuria, calcio y fosfato en orina disminuida, resto iones normales. Osmolaridad disminuida.

**Evolución:** Durante el ingreso se trata con factores de crecimiento y se transfunde dos concentrados de hematíes mejorando las cifras hematimétricas para el alta. Se trata la hiponatremia con restricción hídrica oral, furosemida y suero salino hipertónico llegando a un Na de 133, que es el que presenta desde noviembre. Durante el tratamiento hace una hipopotasemia que se trata con potasio oral. En RMN realizada unos días antes del ingreso sólo se aprecia infarto cerebeloso izquierdo antiguo. Mejora la fuerza en miembros inferiores y comienza a andar con andador y a comer mejor. Tiene una úlcera de decúbito en pliegue interglúteos que se trata según protocolos de planta.

**DIAGNÓSTICO: HIPONATREMIA. PANCITOPENIA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA. LINFOMA NO HODKING.**

## Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
574	16	M	Trastornos de la sangre, órganos hematopoyéticos e inmunológicos con CC Mayor

## **EPISODIO 3**

F. Ingreso: 06/05/11

F. Traslado: 11/05/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 60 años.

**Antecedentes personales:** Paciente de 60 años. Niega alergias medicamentosas ni factores de riesgo cardiovascular. No intervenciones quirúrgicas. Administrativo de profesión. Niega contacto con tóxicos. Tiene realizada endoscopia digestiva alta en 2004 por episodio de epigastralgia, con resultado normal.

**Historia actual:** Acude a Urgencias por notar, desde quince días antes, dolor en epigastrio al ingerir alimentos, tanto sólidos como líquidos, sin náuseas ni regurgitación ni síndrome constitucional. Coincide con la toma de antiinflamatorios por artralgias en cadera. Refiere cansancio en los últimos días sin taquicardia ni disnea. No manifestaciones hemorrágicas.

**Exploración física:** BEG. ECOG 0. Consciente y orientado. No focalidad neurológica. No manifestaciones cutáneas hemorrágicas. Ligera palidez cutánea. Orzuelo en párpado izquierdo. Faringe: no adenopatías. No muguet. ACR y abdomen sin alteraciones significativas.

#### **Pruebas complementarias:**

- Hemograma: leucocitos 440 x 10<sup>9</sup>/L, segmentados 40 x 10<sup>9</sup>/L, (segmentados 9%, linfocitos 88%, monocitos 2.3%), hemoglobina 8.5 g/dL, hematocrito 23.5%, hematíes 2.35 x 10<sup>12</sup>/L, VCM 100 fL, HCM 36.2pg, CHCM 36.2g/dL, plaquetas 22 x 10<sup>9</sup>/L, reticulocitos 0.9 %.

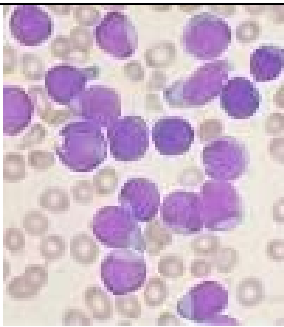


- Frotis de sangre periférica: se observa 1 eritroblasto /100 leucocitos. No se observan células inmaduras. Fenómenos de pelger en serie blanca.
- Test de Coombs directo: Negativo.
- Estudio de coagulación: dentro de la normalidad, salvo fibrinógeno 432 mg/dl
- Ferritina: 1272 ng/mL (>>). Transferrina: 159 (<)
- Vitamina B12 347 pg/mL (N), ácido fólico sérico 5.2 ng/mL (N).
- Aspirado de médula ósea: se observan células blásticas (72.5 %) de distinto hábito morfológico: unas con citoplasma desflechado, amamelonado, con alteración en la distribución de la granulación y núcleo con nucleolos y contorno irregular; otros de hábito linfoide en espejo de mango.
- Citogenética y biopsia de MO: pendientes.
- Cuantificación de inmunoglobulinas: Pendientes.
- Perfil bioquímico: Calcio 8.23 (<); úrico 2.8 (<); Proteínas totales 6.07 (<); GOT 50 (>); GGT 161 (>); F alcalina 181 (>); PCR: 85 (>); resto de los parámetros dentro de la normalidad.
- Sedimento de Orina: normal.
- Serología vírica: pendiente

**Evolución:** Comenzó con fiebre el día 8 mayo e inició tratamiento con amikacina y cefepime (hemocultivos a las 48 horas negativos), quedando afebril al día siguiente, sin focalidad y con buen estado general.

**DIAGNÓSTICO:** **Leucemia aguda. Se deriva a nuestro centro de referencia (HJRJ) para correcta tipificación y tratamiento.**

Codificación y asignación de GRD

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

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
783	17	M	Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor. Edad mayor de 17 años sin CC

## EPISODIO 4

### INFORME HEMATOLÓGICO

F. Ingreso: 08/07/11

F. Alta: 29/07/11

**Edad:** 85 años.

**Motivo de Ingreso:** infección crónica de herida quirúrgica.

Paciente de 85 años de edad diagnosticado de hemocromatosis y anemia hemolítica congénita, esferocitosis hereditaria que ingresa por cuadro de hemólisis.

El 25 de septiembre acudió a urgencias por cuadro febril y dolor abdominal tipo cólico y vómitos y ligera ictericia, con el diagnóstico de cuadro infeccioso se comienza tratamiento con doxiciclina. Durante los siguientes días aparecen lesiones herpéticas en labio superior y alas nasales, ictericia más intensa y coluria por lo que consulta con nosotros y con el diagnóstico de anemia ingresa en nuestro hospital.

**Exploración Física:** Al ingreso presentaba ictericia de piel y mucosas, bien hidratado y herpes en labio superior e intranasal involucionado, sin costra.

#### **Pruebas Complementarias.**

En la primera visita a urgencias presentaba una hemoglobina de 11,5 g/ dl, VCM 90 fi y bilirrubina de 2,85 mg/dl con LDH normal. Al ingreso la hemoglobina era de 9,8 g/dl con VCM 89,1 fi y bilirrubina de 1,75 con LDH normal. (parte de hemoglobinas normales de 14.2 g/dl)

#### **Evolución:**

Durante su ingreso continuó la caída de hemoglobina hasta 8,9 g/dl. Se ha tratado el herpes con antivíricos locales y sistémicos y se ha hecho una hidratación mejorando las lesiones víricas y con ligera mejoría de la hemoglobina, que al alta es de 9,4 g/dl y normalización de la bilirrubina.

**DIAGNÓSTICO: 1. Crisis hemolítica en paciente con esferocitosis hereditaria en el contexto de cuadro infeccioso intestinal. 2. Herpes labial**

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 4</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
395	16	M	<b>Trastornos de los hematíes. Edad mayor de 17</b>

## EPISODIO 5

F. Ingreso: 26/09/11

### INFORME HEMATOLÓGICO

**Edad:** 40

**Motivo de Ingreso:** Paciente de 40 años remitida para estudio de trombopenia.

**Antecedentes familiares:** Sin interés desde el punto de vista hematológico

**Antecedentes personales:**

- No alergias medicamentosas ni factores de riesgo C-V.
- 2 embarazos llevados a término. Problemas de riñón durante años no especificados.
- 3 Pielonefritis en riñón derecho.
- No intervenciones quirúrgicas.
- En seguimiento durante 1 año por metrorragias.

**Historia actual:** A principios de julio 2010, acude a su M Cabecera por notar hematomas espontáneos y a mínimos traumatismos. Se realiza control analítico donde se detecta trombopenia. Contacto frecuente con productos para fumigación.

**Exploración física:** BEG Consciente orientada sin focalidad neurológica. No petequias. Hematoma de 2 cm residual en muslo derecho. Exploración sin anomalías significativas.

**Pruebas complementarias:**

- Hemograma: leucocitos  $6.82 \times 10^9/L$ , segmentados  $6.14 \times 10^9/L$ , (segmentados 90.1%, linfocitos 8.5%, monocitos 1.3%, eosinófilos) hemoglobina 13.2 g/dL, hematocrito 38.7%, hematíes  $4.56 \times 10^{12}/L$ , VCM 84.9 fL, HCM 28.9 pg, CHCM 34.1 g/dL, plaquetas  $19 \times 10^9/L$ , reticulocitos 1 %.
- Frotis de sangre periférica: no esquistocitos ni células inmaduras. Trombopenia comprobada.
- Estudio de coagulación dentro de la normalidad.
- Ferritina: 5.5 ng/mL1 (<).
- Perfil bioquímico: dentro de la normalidad

**Evolución:** Se instaura tratamiento corticoide y con inmunoglobulinas intravenoso con ascenso en el n° de plaquetas. (Al alta  $120 \times 10^9/L$ )

Al no encontrarse respuesta tras el tratamiento corticoideo inicial, se han utilizado distintas pautas de administración no siendo ninguna efectiva. Tampoco fue efectiva el tratamiento inicial con un anticuerpo monoclonal (Rituximab) y actualmente va a comenzar un nuevo ciclo de Rituximab a diferente dosis. Mantiene cifras de plaquetas entre 60 y 75.000 / microl con abundante clínica "húmeda" (hematomas frecuentes a mínimos traumatismos y menstruaciones muy abundantes) que la limitan en su vida diaria.

DIAGNÓSTICO:

- **Probable Púrpura Trombocitopénica Idiopática**
- **Ferropenia sin anemia**

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 5</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>CÓDIGOS E</b>
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>
		

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
397	16	M	Trastornos de coagulación



## EPISODIO 6

F. Ingreso: 21/11/11

F. Alta: 24/11/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Paciente diagnosticado de Linfoma No Hodgkin en tratamiento con pauta R- CHOP (y de ca de pulmón sin tratamiento tras lobectomía. Ultima quimioterapia el 07/11/2011 (al ingreso día +16). La tarde del ingreso presentó fiebre de 39°C y tiritona con dolor de garganta y sin otra sintomatología

**Exploración física:** Buen estado general. Consciente y orientado. Buen murmullo vesicular y corazón rítmico. Abdomen blando depresible, sin defensa, sin masas ni megalias palpables. Peristaltismo conservado. Forúnculo en dorso de la espalda, con área violácea y punto con supuración central.

#### **Pruebas complementarias:**

- Hemograma: leucocitos 1.73 x 10<sup>9</sup>/L, (segmentados 0.06 x 10<sup>9</sup>/4 hemoglobina 13.4 g/dL, plaquetas 257 x 10<sup>9</sup>/L.
- Perfil bioquímico: proteína C reactiva 89.1 mg/L, colesterol 215 mg/di
- Hemocultivos negativos
- Rx tórax sin alteraciones.


**Evolución:** Durante el ingreso el paciente presentó fiebre sin focalidad con cultivos negativos por lo que se hizo tratamiento

antibiótico empírico intravenoso y con factor de crecimiento con buena evolución por lo que es alta. Se cursa hoja de consulta a cirugía para valoración forúnculo.

DIAGNÓSTICO:

- Síndrome febril sin focalidad.
- Neutropenia secundaria a quimioterapia.
- Linfoma No Hodgkin folicular de bajo grado histológico

Codificación y asignación de GRD

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

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
404	17	M	Linfoma y leucemia no aguda sin CC

## EPISODIO 7

F. Ingreso: 19/05/11

F. Alta: 23/05/11

### INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

**Edad:** 83      **Motivo de Ingreso:** Crisis hemolítica tras el consumo de habas.

**Antecedentes familiares:** Hermana con déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

**Antecedentes personales:** Alzheimer, hipotiroidismo autoinmune, dislipemia, Hipertensión arterial, Sd depresivo, poliartritis, colecistectomizada. Ingreso reciente en Medicina Interna por insuficiencia cardíaca y renal. Estudiada en 2004 en consulta de Hematología por sd anémico macrocítico, no completó estudio.

Realiza tratamiento con: atorvastatina, atenolol clortalidona, AAS 100, omeprazol, metformina, furosemida, symbycort, eutirox 75 mg, mepifilina.

**Historia actual:** Dos días antes de acudir a Urgencias por cansancio e ictericia, refiere consumo de habas. Desde entonces nota ictericia, cansancio, náuseas y aislados vómitos.

**Exploración física:** Regular estado general. Senil, alerta y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Disnea en reposo. Franca ictericia de piel y mucosas. ACR: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Bmv bilateral. Abdomen con cicatriz de laparotomía media, sin masas ni megalias. MMII sin edemas.

**Pruebas complementarias:**

Hemograma: leucocitos  $10.92 \times 10^9/L$ , segmentados  $7.68 \times 10^9/L$ , (segmentados 70.4%, linfocitos 20.4%, monocitos 7.9 %, eosinófilos 0.6 %, basófilos 0.7 %), hemoglobina 4.3 g/dL, hematocrito 14.4%,

hematíes  $1.39 \times 10^{12}/L$ , VCM 103.6 fL, HCM 30.9 pg, CHCM 29.9 g/dL, plaquetas  $714 \times 10^9/L$ , reticulocitos 3.8 %.

- Test de Coombs directo: Negativo
- Coagulación: dentro de la normalidad.
- Frotis de sangre periférica. Se observan aislados excentrocitos.
- Hepatoglobina: pendiente.
- Perfil bioquímico: glucosa 164 mg/dl (>); urea 147 mg/dl (>); creatinina 2.98 mg/dl (>); bilirrubina total 5.72 mg/dl (>); B directa 0.81 mg/dl; LDH 787

**Evolución:** Se ingresa para hidratación, alcalinización de la orina y control de la función renal y de la evolución de la hemólisis. Al alta presenta buen estado general, han cedido los datos clínicos y analíticos de hemólisis y presenta 11.4 g/dl de hemoglobina

**DIAGNÓSTICO: Crisis hemolítica, probable déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.**

Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 7</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>CÓDIGOS E</b>
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>
		

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
395	16	M	<b>Trastornos de los hematíes. Edad mayor de 17 años</b>

## **EPISODIO 8**

F. Ingreso: 15/06/11

F. Alta: 16/06/11

### **EPICRISIS**

**Edad: 81**

Paciente de 81 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, broquiectasias, derrame pleural tuberculoso tratado, hepatitis por isoniacida, insuficiencia ventilatoria mixta, cor pulmonale crónico, hipertensión pulmonar, intervenido de carcinoma epidermoide de cuerdas vocales hace 15 años.


Diagnosticado en abril de este año de leucemia promielocítica aguda sobre fondo displásico. Desde hematología informan al paciente y su familia respecto al pronóstico y la posibilidad de tratamiento. Optan por tratamiento sintomático y por este motivo nos lo derivan.

Ingresa por evidente deterioro de su estado general, alteraciones conductuales y pérdida de la vía oral.

Tras su ingreso se instaura tratamiento para control sintomático por vía parenteral, siendo su evolución desfavorable con importante deterioro general, bajo nivel de conciencia y oligoanuria, impresionado como inicio de situación de últimos días. En esta situación se informa a su familia del estado del paciente, del previsible pronóstico infausto a corto plazo y de las opciones de tratamiento paliativo. El paciente fallece con buen control sintomático, a las 11:50 del día 16 de junio de 2011.

**DIAGNÓSTICO: LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA SOBRE FONDO DISPLÁSICO.**

Codificación y asignación de GRD

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

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
576	17	M	Leucemia aguda con CC Mayor



## **EPISODIO 9**

F. Ingreso: 27/06/11

F. Alta: 04/07/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Antecedentes:** No alergias medicamentosas. No FRCV. Leucemia linfoide crónica en remisión parcial, en segunda línea de quimioterapia. Bebedor moderado. Exfumador. Intervenido de perforación gástrica en 1991. Fiebre botonosa hace 20 años.

**Estado Actual:** Paciente de 60 años de edad que ingresa en tratamiento quimioterápico por LLC que acude a sesión programada de quimioterapia con disnea. No fiebre.

**Exploración:** BEG, COC, ligeramente disneico precisando oxigenoterapia. No se palpan adenomegalias en ningún territorio (cervical, axilar e inguinal). AC: Rítmico no soplos ni extratonos. AR: disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen sin masas ni megalias. No edemas en MMII.

#### **Complementarios:**

Hemograma: leucocitos 3400 con 1720 neutrófilos. Hb 14,8. Plaquetas 81000.

Bioquímica: glucosa 106, creatina 0,74. Proteínas totales disminuidas.

Marcadores tumorales negativos.

Rx Tórax: aumento de densidad tipo alveolar en base pulmonar derecha que borra todo el hemidiafragma derecho, con imagen de consolidación alveolar y un área más craneal con broncoalveograma aéreo en relación con proceso inflamatorio.

Ecocardiograma: válvula aórtica ligeramente esclerosada. Cavidades izquierdas normales. FE del 50 %. Cavidades derechas normales. Estudia prácticamente normal.

TAC tórax: cuello con adenopatías múltiples en ambas cadenas yugulares internas, espinales transversas, submentonianas, submaxilares y supraclaviculares. Tórax con adenopatías mediastínicas en el espacio retrocavo pretraqueal, prevascular y subcarinales. Adenopatías hiliares bilaterales. Parénquima pulmonar con nódulo de localización subpleural en el segmento anterior del LSD, de bordes espiculados, sin calcificaciones, de 14 mm que ha ido aumentando de tamaño respecto al TAC previo, siendo de probable naturaleza maligna. En ambos espacios axilares se observan adenopatías múltiples. Abdomen con adenopatías en ligamento gastrohepático, peripancreáticas y un gran conglomerado de adenopatías retroperitoneales, extendiéndose dicho conglomerado a aorta abdominal.

PET-TAC tórax: afectación linfática supra en infradiafragmática con nódulo pulmonar derecho metabólicamente positivo.


Broncoscopia: estenosis del bronquio intermedio derecho. Signos compatibles con neoplasia.

Biopsia bronquial: mucosa bronquial con carcinoma de células grandes, tipo adenocarcinoma. BAS inadecuado para diagnóstico. Cepillado bronquial compatible con carcinoma de células grandes.

**Evolución:** Sin incidencias

**DIAGNÓSTICO: Estenosis del bronquio intermedio derecho por adenocarcinoma de pulmón. Lo referido en sus antecedentes personales.**

## Codificación y asignación de GRD

<b>EPISODIO 9</b>		
DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGOS E
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	CÓDIGOS V
		

GRD	CDM	TIPO	TÍTULO
404	17	M	Linfoma y leucemia no aguda sin CC

## **EPISODIO 10**

F. Ingreso: 23/01/11

F. Alta: 02/02/11

### **INFORME DE ALTA HOSPITALARIA**

**Edad:** 74

**Motivo de Ingreso:** Neumonía

Paciente de 74 años que ingresa en Urgencias por Neumonía. Desde 4 días antes del ingreso presentaban tos con expectoración abundante herrumbrosa y dolor en costado derecho y disnea a mínimos esfuerzos, fiebre termometrada de 38° C y cefaleas.

**Antecedentes:** Mieloma múltiple en tratamiento con lenalidomida — dexametasona. Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitas, obesidad mórbida, síndrome del túnel carpiano, espondilolistesis y fractura de cadera intervenida.

**Exploración física:** Al ingreso se encuentra taquipneica con mínimos esfuerzos, ligera disminución del murmullo vesicular con crepitantes en base. TA 100/ 36

#### **Pruebas complementarias:**

- Hemograma: leucocitos 1.42 x 10<sup>9</sup>/L, segmentados 1.00 x 10<sup>9</sup>/L, hemoglobina 9.6 g/dl, hematocrito 28.6%, VCM 107.9 fL, plaquetas 45 x 10<sup>9</sup>/L. (Al alta: leucocitos 2.7 x 10<sup>9</sup>/L, segmentados 2.01 x 10<sup>9</sup>/L, plaquetas 117.000)
- Frotis de sangre periférica: Rouleaux, granulación tóxica en neutrófilos. Recuento microscópico de plaquetas 50 — 60.000
- Antigenuria Legionella y neumococo negativos.

- Perfil bioquímico: glucosa 196 mg/dl, urea 113 mg/dl, creatinina 1.85 mg/dl, bilirrubina 1.24 mg/dl, GPT 80 U/L, proteína C reactiva 536.8 mg/L, procalcitonina 2 ng/ml.

- Radiografía de tórax: consolidación en zona caudal de lóbulo superior derecho y hemitorax izquierdo no valorable por rotación.

**Evolución:** Durante el ingreso no se ha detectado agente causal y ha respondido a antibioterapia empírica. Ha recibido factor de crecimiento. Se detectó una fibrilación auricular rápida que se frenó con amiodarona y digoxina pero no revirtió, se consulta con MI que ajusta tratamiento para alta y se seguirá por su médico de cabecera. Ha requerido tratamiento con insulina.


DIAGNOSTICO:

**Neumonía de la comunidad.**

**Mieloma múltiple en tratamiento.**

**Fibrilación auricular.**

Codificación y asignación de GRD

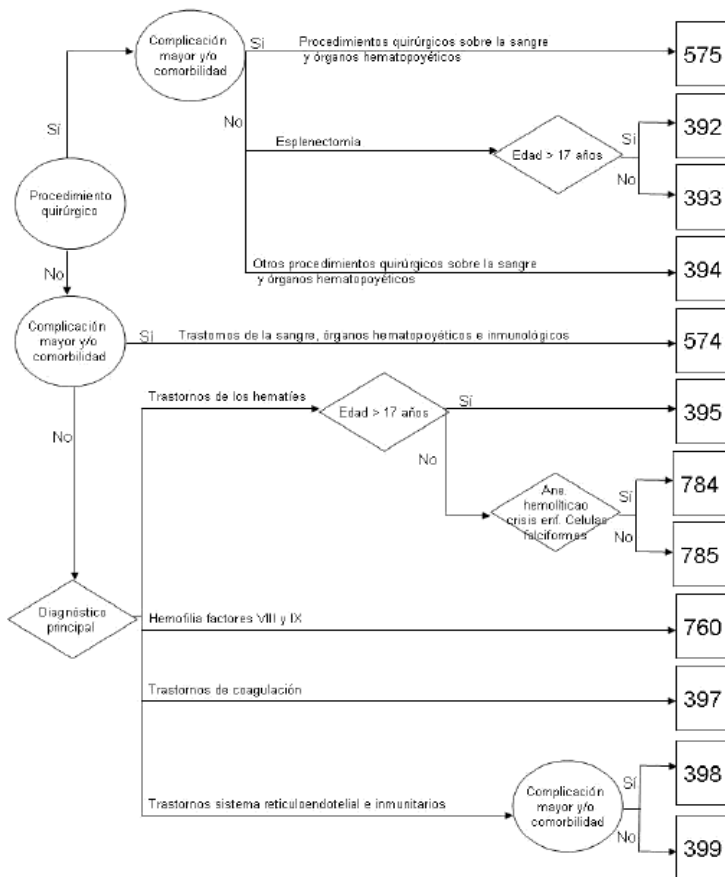
<b>EPISODIO 10</b>		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>CÓDIGOS E</b>
DP:	PP:	
OTROS:	OTROS:	<b>CÓDIGOS V</b>
		

<b>GRD</b>	<b>CDM</b>	<b>TIPO</b>	<b>TÍTULO</b>
089	4	M	Neumonía simple y pleuritis. Edad mayor de 17 años con CC

## DESARROLLO DE ALGORITMOS

A continuación se expone uno de los algoritmos propios de la Categorías Diagnósticas Mayores 16 *Enfermedades y Trastornos del sistema* HEMATOLOGIA que es uno de los que más se repiten en nuestro en el estudio de los episodios. (Reproducido con el permiso de 3M España S.A.)

**CDM 16, Enfermedades y trastornos de la sangre y órganos Hematopoyéticos y trastornos inmunológicos**



## CODIFICACIÓN CORRECTA

### EPISODIO 1

**DP- 288.00 Pancitopenia**

238.75 Síndrome mielodisplásico

401.9 HTA

E879.0 Reacción anormal a medicamento

### EPISODIO 2

**DP – 284.1 Pancitopenia**

202.80 Linfoma Ncoc Neom Extranodal Y Or Solidos Ex Bazo

276.1 Hiposmolaridad Y/o Hiponatremia

283.0 Anemias Hemolíticas Autoinmunes

707.03 Parte Inferior De La Espalda

707.22 Ulcera Por Presión. Estadio Li

401.9 HTA No Especificadas

272.4 Otros Hiperlipidemia Y Lipidemia No especificadas.

V45.61 Extracción De Cataratas

V49.84 Situación De Encamado

E933.1 Efecto Adverso De Fármacos Antineoplásicos e Inmunosupresores

**PP - 99.04, Transfusión De Concentrado De Hematíes**



### EPISODIO 3

**DP – 208.00 0 Leucemia Aguda Sin Mención De Remisión**

284.1 1 Pancitopenia

**PP – 41.31 Biopsia De Medula Ósea**

### EPISODIO 4

**DP – 282.0 Esferocitosis Hereditaria**

289.9 Enfermedades Hemáticas Y De Órganos Hematopoyéticos  
Espec.

### EPISODIO 5

**DP – 287. 31 Purpura Trombocitopenica Inmune**

999.2 Otras Complicaciones Vasculares, que Complica  
Atención Medica

451.82 Flebitis Tromboflebitis De Venas Superficiales De M  
Superior

401.9 HTA No Especificada

E879.8 Reacción Anormal A Procedimientos Especif. -otros No  
Codif.

**PP - 99.13 inmunización Para Enfermedad Atitoimmune**

## EPISODIO 6

**DP – 202.80 0 Linfoma Ncoc Neom, Extranodal Y Or Solidos Ex Bazo**

288.03 Neutropenia Inducida Por Fármacos

V10.11 Historia Personal De Neoplasia De Bronquio Y Pulmón

E933.1 Efecto Adverso De Fármacos Antineoplásico E inmunosupresores

## EPISODIO 7

**DP – 282.2 Anemia por Trastorno Metabolismo de Glutation**

331.0 Enfermedad de Alzheimer

244.9 Hipotiroidismo no especificado

401.9 HTA No especificada.

311 Trastorno depresivo NCOC

715.89 Osteoartrosis- sitio múltiple no general-  
localización múltiple

V45.79 Ausencia de adquiridas

V58.66 Uso prolongado de aspirina ( actual)

## EPISODIO 8

### **DP – 205.00 Leucemia Mieloide Aguda Sin mención De Remisión**

- V66.7 Admisión para tratamiento paliativo
- 416.9 Enfermedad cardiopulmonar crónica NEOM
- 416.8 Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas
- 518.83 Fracaso Respiratorio Crónico
- 401.9 HTA No especificada.
- 250.00 Diabetes M. Sin Mención de compl. Tipo II No especificada. No descompensada
- V10.83 Hist. Personal de otra Neoplasia maligna de piel

## EPISODIO 9

### **DP – 204.10 Leucemia Linfoide Crónica Sin Mención de Remisión**

- V64.3 Procedimiento no realizado por otros motivos
- 519.19 Otras enfermedades de la tráquea y de los bronquios
- 239.1 *N. Naturaleza No especific. de aparato respiratorio.*
- 305.00 *Abuso de alcohol, NEOM*
- V15.82 *Historia personal de uso de tabaco*
- PP - 93.96 Otro enriquecimiento por oxígeno**
  - 88.72 Ultrasonidos diagnósticos del corazón
  - 87.41 Tomografía axial computerizada de tórax
  - 33.22 *Broncoscopia fibroscopia*

**EPISODIO 10**

<b>DP – 486</b>	<b>Neumonía Organismo sin especificar</b>
203.00	Mieloma múltiple Sin Mención de Remisión
247.31	Fibrilación Auricular
401.9	HTA no especificada
272.4	Otros hiperlipidemia y lipidemia No especificada
250.00	Diabetes M. sin mención compl. Tipo II o no especificada. No descompensada.
756.12	Espondilolistesis
V60.6	Persona que vive en residencia

**SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 6**

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

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

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

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

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

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

**SOLUCIÓN EJERCICIO GRD EPISODIO 11**

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

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

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

## CONCLUSIONES

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

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

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

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

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



## ANEXOS

Seguidamente se describen 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 089**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por neumonía simple o pleuritis.

Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, derrame pleural, insuficiencia cardiaca o bronquiectasias.

### **GRD 574**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por cualquier enfermedad hematológica, hematopoyética o inmunológica que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: insuficiencia renal aguda, leucemia mieloide aguda, insuficiencia respiratoria o edema agudo de pulmón. También se considera complicación mayor haber precisado marcapasos temporal, gastrostomía, enterostomía, nutrición enteral o parenteral, intubación endotraqueal o ventilación mecánica por determinadas situaciones clínicas.

Los diagnósticos que más frecuentemente motivan el ingreso de estos pacientes son: neutropenia (inducida por fármacos o no especificada), anemia (ferropénica, aplásica, carencial o posthemorrágica), pancitopenia o trombopenia.

### **GRD 783**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por linfomas, leucemias o metástasis ganglionares a los que se les ha practicado una intervención clasificada como mayor como: disección radical de cuello, mediastino o axila, mediastinoscopia o esplenectomía.

Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como infección urinaria o insuficiencia cardíaca.

### **GRD 395**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno de la coagulación (excepto la hemofilia por déficit de factor VIII o IX) incluidos los neonatales y las trombopenias.

### **GRD 397**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno del sistema reticuloendotelial o inmunitario como: neutropenia, agranulocitosis, linfadenopatía, hipogammaglobulinemia, poliglobulia secundaria o linfadenitis inespecífica o tuberculosa.

Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como:

trombopenia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasia de pulmón o mama o metástasis pulmonar, ósea o hepática.

### **GRD 404**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada a los que se les ha practicado una intervención mayor como: laparotomía exploradora, biopsia o escisión de lesiones peritoneales o biopsia hepática.

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

### **GRD 395**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno de la coagulación (excepto la hemofilia por déficit de factor VIII o IX) incluidos los neonatales y las trombopenias.

### **GRD 576**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno mieloproliferativo o una neoplasia mal definida anatómicamente que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor como: infección VIH, neumonía, insuficiencia renal aguda o insuficiencia respiratoria.

También se considera complicación mayor haber precisado marcapasos temporal, gastrostomía, enterostomía, nutrición enteral o parenteral, intubación endotraqueal o ventilación mecánica por determinadas situaciones clínicas

### **GRD 404**

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada a los que se les ha practicado una intervención mayor como: laparotomía exploradora, biopsia o escisión de lesiones peritoneales o biopsia hepática.

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

### **GRD 089**

Es un GRD médico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por neumonía simple o pleuritis.

Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, derrame pleural, insuficiencia cardíaca o bronquiectasias.

## REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

- LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRDs),  
UN SISTEMA DE GESTIÓN CLÍNICA.

<http://ortopedia.rediris.es/tribuna/Art37.html>



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

SERVICIO DE *HEMATOLOGÍA*

## INVESTIACIÓN Y ANÁLISIS.

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