



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Maciá Soler, ML.; Moncho Vasallo, J.; López Montesinos, MJ.
VARIABILIDAD INTRA GRD RELACIONADA CON LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
Enfermería Global, vol. 9, núm. 1, febrero, 2010, pp. 1-12
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834754013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

VARIABILIDAD INTRA GRD RELACIONADA CON LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

VARIABILITY OF THE INTRA GRD NURSING ATTENTION RELATED

*Maciá Soler, ML., **Moncho Vasallo, J., ***López Montesinos, MJ.

*Enfermera Doctora. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante.

Profesor Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante. *Enfermera Doctora. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Murcia.

Palabras clave: GRD (grupo relacionado con diagnósticos), Variabilidad práctica enfermera. EPOC (Enfermedad pulmonar)

Keywords: DRG, Variability nursing practise, COPD.

RESUMEN

El método de pago prospectivo a partir del clasificador Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) se utiliza en España y entorno de la Unión Europea para facturar productos/servicios hospitalarios resultado de los procesos asistenciales. Los criterios que utiliza el clasificador son diagnósticos al alta (códigos CIE) y consumo de productos/servicios durante la hospitalización. El resultado del proceso asistencial está centrado en la estancia media y en procedimientos realizados. Una de las fuentes de información que utiliza el clasificador es el conjunto mínimo básico de datos de la historia clínica (CMBD)

Para introducir el coste de los servicios de enfermería en el proceso, el clasificador, utiliza cuidados administrados, en lugar de cuidados requeridos. Este hecho puede generar variabilidad de la práctica enfermera al impedir en ocasiones incorporar y cuantificar actividades requeridas por los pacientes relacionadas con cuidados requeridos. De hecho existe una variabilidad de coste intra GRD no explicada, que podría ser atribuible a la necesidad de cuidados requeridos.

El objeto del estudio es comparar la variabilidad de atención para un mismo tipo de pacientes hospitalizados en dos modelos de hospitalización, convencional y de corta estancia. Al alta todos los pacientes se clasifican como GRD 088 EPOC.

Metodología: Estudio de 200 pacientes con algún episodio de hospitalización por EPOC en el año 2004, en unidades de Neumología con una estancia de 6,9 días y corta estancia media de 2,8 días. Fuentes de datos: Historias clínicas y bases de datos del CMBD hospitalario entre el 1 de agosto de

2005 y el 30 de abril de 2006, recogida en cuestionario de elaboración propia y analizada mediante programa estadístico SPSS.

Resultados: Se analizan 200 episodios de hospitalización. Edad media de 74,4 años, hospitalizadas en unidades convencionales o de corta estancia. 3,2% del total son mujeres. 97 episodios son de hospitalización convencional, frente a 103 en corta estancia.

Conclusiones: Existe una variabilidad de la actividad enfermera no evaluada, para el mismo tipo de pacientes, en función de la unidad de hospitalización.

ABSTRACT

The method of GRD prospective payment, used in Spain and around the European Union, contemplates the nursing attention linked to the main and secondary diagnosis of the patients that motivated its hospitalization. This fact conditions a variability of the nursing practice that guides the activities that nurses carry out toward those derived of the clinical diagnosis, preventing to incorporate the activities required by the patients in function of their characteristics to maintain its autonomy. The GRD pattern is very conditioned by the hospital stay, in occasions it causes different cares in the same patients, not explained by their characteristics, but for the pattern of hospitalization. The cost of the hospitalization for GRD conceals the required attention of nursing services, making invisible the cares in the mark of the GRD pattern; it seems advisable to adapt the pattern with the inclusion of levels of autonomy, related with the nursing practice.

Objective: To analyze the variability in the nursing care for the same type of patients, grouped in the GRD 088 COPD (Chronic obstructive pulmonary disease), in two units of hospitalization.

Method: A Study of 200 patients with an episode of hospitalization for COPD in the year 2004, in units of Pulmonology with a stay of 6.9 days and short-stay average of 2.8 days. Data Sources: clinical histories and databases of hospital SET between August 1 in 2005 and April 30 2006, collection in questionnaire produced by themselves and analyzed by statistical program SPSS.

Results: analyzed 200 episodes of hospitalization. Average age of 74.4 years, hospitalized in conventional units or short stay. 3.2% of the total are women. 97 Episodes are conventional hospitalization, compared to 103 in short stay.

Conclusions: There is a variability of the activity nurse not evaluated, for the same type of patients, according to the unity of hospitalization.

INTRODUCCIÓN

En los sistemas de salud del entorno de la Unión Europea, el incremento de las prestaciones asistenciales y del gasto sanitario a partir de la década de los 80 del pasado siglo, orienta a los responsables de gestión, a buscar nuevos modelos contables e iniciar una actualización de los sistemas financieros que permitan planificar adecuadamente los recursos destinados a cubrir prestaciones¹. La reforma del modelo se inicia por la gestión hospitalaria, donde se destina la mayor partida presupuestaria del sistema. Los hospitales, comienzan a considerarse empresas donde términos como gestión, asignación presupuestaria, recursos, personas, innovación y resultados en términos de calidad se incorporan a su cultura interna².

Tal vez, el aspecto más difícil de la reforma en gestión hospitalaria sea la definición del servicio prestado y su cuantificación, ya que cada persona hospitalizada es individual en sus problemas convirtiendo los hospitales en empresas multiservicio. Gestionar combinando

personas, problemas de salud y costes requiere un esfuerzo importante de definición productos/servicios hospitalarios, que permita aproximar recursos destinados a calidad asistencial. Para imputar costes a cada servicio/producto se recurre a los clasificadores de pacientes que comenzaron a utilizarse en Estados Unidos en 1950².

El clasificador de productos hospitalarios seleccionado en España y entorno de la Unión Europea es el modelo de pago prospectivo GRD utilizado desde 1983 por la aseguradora americana medicare (Diagnosis Related Groups) que utiliza como criterios de agrupación de productos hospitalarios las enfermedades y el consumo de productos⁽²⁻³⁾ diferencia de otros clasificadores centrados en severidad o autonomía de los pacientes⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾. El resultado final para imputar costes se centra en la estancia hospitalaria. El agrupador G.D.R. incorpora un estimador de coste para cada tipo de paciente, mezcla el consumo de productos con los diagnósticos al alta principal y secundarios de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9), resultando un "case-mix" (mezcla de casos), donde se aproxima la complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales al consumo de productos . Fue construido en la Universidad de Yale por Fetter y Thompson⁷.

Como se ha mencionado, en el hospital, cada paciente es un caso y el curso de su enfermedad un proceso asistencial, que comienza al ingreso, finaliza al alta y en muchos casos continúa en otros niveles de atención. Durante el proceso asistencial, se realizan procedimientos y se consumen productos intermedios y finales; tangibles e intangibles. El modelo GRD clasifica productos finales (altas) hasta un nº manejable de casos, que se puedan agrupar con garantías de homogeneidad. En España se aplica en su versión más avanzada GRD. AP v.18.0 que aumenta las categorías de los GRDs.

Veinte años después de su implantación en España, continúan teniendo una variabilidad explicada y no explicada inter e intra GRD multicausal, relacionada con complejidad de pacientes, problemas organizativos⁽⁸⁾, días de estancia o diferencias entre la intensidad de necesidad de cuidados de enfermería⁽⁸⁾.

La atención de enfermería, en el modelo GRD, se considera un producto intermedio dentro del proceso asistencial, calculándose el coste de los cuidados de enfermería por promedios de horas de cuidados administrados al total de pacientes de una unidad obteniéndose la información de los registros de la historia del paciente, no contemplando la intensidad de los cuidados requeridos en función del día de estancia⁽⁸⁾.

Hacer homogéneo el consumo y la producción de bienes y servicios que son decisión enfermera, puede explicar la variabilidad de costes intra GRD relacionados con el estado del paciente al alta o la continuidad de cuidados en el domicilio⁽⁹⁾.

OBJETO DEL ESTUDIO

Analizar la variabilidad en los cuidados de enfermería para un mismo tipo de pacientes, agrupados al alta en GRD 088 EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), en dos modelos de hospitalización, Neumología modelo de hospitalización convencional y Unidad de corta estancia hospitalaria, en un Hospital de 500 camas (Hospital General de Elche) Las características de los modelos de hospitalización a estudio se resumen en:

Unidad de Corta Estancia (UCE)

Tiene un total de 34 camas para atender a pacientes diagnosticados de distintos procesos, que requieren una hospitalización no superior a 3 días. Los pacientes proceden del área de

urgencias, no son programados y al alta, pueden ser derivados, al domicilio o a otra unidad de hospitalización. El episodio de hospitalización en UCE, tiene por si mismo fecha de ingreso y alta. Es una unidad con entidad propia.

La dotación de plantilla con responsabilidad directa en el proceso de hospitalización es de 12 enfermeras generalistas a tiempo completo y una enfermera a media jornada. El nº de médicos es de 4, todos especialistas en Medicina familiar y Comunitaria. La responsabilidad de la unidad es del Jefe de Sección y la supervisión de enfermería es compartida con otras 2 unidades.

Unidad de Neumología.

Tiene 30 camas dedicadas a hospitalización de pacientes no críticos con distintos procesos patológicos relacionados con problemas respiratorios. El personal médico lo integran 5 especialistas en Neumología, de los cuales 1 es Jefe de Sección. Su dedicación no es exclusiva a hospitalización, ya que la unidad de Neumología tiene una Consulta externa para pacientes programados, pruebas exploratorias y diagnosticas que requieren intervención, además de la responsabilidad de los procesos urgentes del hospital relacionados con su especialidad. En la unidad de hospitalización, para atender a 30 pacientes hay 9 enfermeras y una supervisora a media jornada.

El coste al alta por GRD AP-v-18 no distingue modelo de hospitalización.

En cuanto a los factores desencadenantes de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el tratamiento estándar derivado de la atención enfermera, se resumen en la **tabla I**

Tabla I - Factores desencadenantes y tratamiento de enfermería de la EPOC

Factores de riesgo desencadenantes	Exploración	Pruebas complementarias	Tratamiento
<u>Primarios,</u> Infecciones y ambientales	Física completa y de la disnea.	Gasometría arterial Rx Torax ECG Hematimetría Espirometría Pulsioximetría	Evaluación de la capacidad del paciente para realizar las Actividades básicas de la vida diaria. Medición del FEV ₁ . Reevaluación de la técnica inhalatoria Comprensión del paciente del régimen terapéutico recomendado. Evaluar necesidad de oxigenoterapia domiciliaria
<u>Secundarios:</u> Neumonía pulmonar Embolismo Neumotorax Fracturas costales Fármacos Insuficiencia cardiaca	Valoración de: Exacerbaciones previas, Aumento de la disnea, tos, expectoración, fiebre, sibilancias, taquipneia, taquicardia, aumento de la cianosis, uso de músculos accesorios, edema periférico, grado de conciencia, empeoramiento del flujo aéreo, empeoramiento de la saturación de oxígeno.		

Fuente: SEPAR(Sociedad española de patología respiratoria)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo basado en datos de registro que se realiza en el Departamento de Salud nº 20 de la provincia de Alicante (Elche) con una muestra de pacientes que padecen al menos un episodio de hospitalización por exacerbación de EPOC en el año 2004. El total de la muestra son 543 pacientes hospitalizados en 2004 en los dos modelos de hospitalización, convencional neumología con una estancia de 6,9 días y corta estancia con una estancia media de 2,8 días. Para el análisis de la variabilidad se seleccionan la totalidad de episodios de 32 pacientes por orden ascendente de número de historia clínica, sin distinguir entre modelo de hospitalización. Los 32 pacientes seleccionados han generado un total de 200 episodios de hospitalización a lo largo de su vida que al alta tenían como diagnóstico principal al alta EPOC u OCFA.

Se excluyen los episodios de Cuidados Intensivos y la hospitalización de los pacientes por diagnósticos diferentes a los generados por alguno de los diagnósticos incluidos en el agrupador GRD 088. Las fuentes de datos son Historias clínicas y bases de datos del CMDB hospitalario.

La extracción de datos se realizó por vaciado manual de historias clínicas, por la misma observadora durante el periodo de tiempo que trascurre entre el 1 de Agosto de 2005 y el 30 de Abril de 2006.

Los registros analizados son:

Hojas de ingreso, valoración de enfermería, tratamiento, constantes, evolución de enfermería, pruebas diagnósticas e informes al alta.

La información se recoge en cuestionario de elaboración propia diseñado para la investigadora durante los meses de Agosto de 2005 hasta Abril de 2006; el volcado de información se realiza a una base de datos Excel y se procesa mediante el programa estadístico SPSS.

Para el estudio de las asociaciones entre el tipo de hospitalización y las diferentes variables se utilizó la prueba χ^2 y la prueba exacta de Fisher dependiendo de las características de los datos y muestras.

La clasificación de cuidados se contextualiza al modelo de registros del hospital, agrupándose en:

Cuidados directos. Derivados de la decisión enfermera, de acuerdo a requerimientos del paciente para mantener su autonomía y mejorar el estado de salud.

Cuidados de enfermería directos técnicos, preventivos y rehabilitadores relacionados con la enfermedad que padece.

Cuidados indirectos, relacionados con registros de actividad y comunicación con el entorno. Para el análisis de cuidados se utilizan variables cuantitativas y cualitativas en función del tipo de cuidados. (**Tabla II**). La actividad reflejada en cada uno de los documentos revisados se recoge con variables categórica.

Las determinaciones analíticas se recogen con variables cuantitativas y la complejidad del tratamiento se estructura en 3 niveles con variables cualitativas. Los datos se vuelcan a una hoja de cálculo Excel.

Tabla II. Clasificación de cuidados.

Cuidados directos	Cuidados directos técnicos,	Cuidados indirectos.
Relacionados con necesidades	preventivos rehabilitadores	Cumplimentación de registros
Valoración al ingreso	Administración de medicación	Registro de observaciones de enfermería
Respirar. Evaluación de la disnea	Toma de constantes	Gráfica de constantes
Alimentarse	Extracciones de sangre	Registro de valoración Escala de Braden
Eliminar	Recogida de orina	Informe de cuidados al alta
Actividad/movilidad.	Determinación de glicemia	
Termorregulación	Mantenimiento de vías invasivas	
Reposo/sueño	Diagnóstico de posibles infecciones	
Relaciones familiares	Evaluación riesgo de úlceras por presión	
Higiene	Tratamiento de úlceras	
Seguridad	Fisioterapia respiratoria	
Comunicación		

Método de vaciado.

Se realiza manual por la misma observadora durante 9 meses, no revisando más de 2 historias cada día. El tiempo medio utilizado para cada historia clínica es de una hora.

Análisis estadístico

Se comparan los grupos de actividades en cada modelo de hospitalización con un contraste de hipótesis para diferencia entre proporciones, mediante la Chi- cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher si procede.

Las modalidades de hospitalización comparadas son: Grupo 0. Hospitalización convencional; Grupo 1. Hospitalización de corta estancia.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS

Análisis descriptivo

Se analizan 200 episodios de hospitalización. La edad media fue de 74,4 años y las personas estuvieron hospitalizadas en unidades convencionales o de corta estancia. El porcentaje de mujeres fue del 3,2 % del total.

La distribución de episodios, muestra que 97 episodios son de hospitalización convencional, frente a 103 en corta estancia.

Cuidados directos

En los resultados relacionados con los cuidados directos recibidos, se observa que la valoración al ingreso de pacientes es superior en hospitalización convencional respecto a la unidad de corta estancia. La información que se recoge en el registro de valoración al ingreso aporta datos significativos como la presencia de disnea al ingreso, junto a la independencia para alimentarse, lavarse y comer, que contrasta con la dependencia para moverse y presencia de dolor en un porcentaje elevado de pacientes.

Respecto al entorno, la mayoría tienen familia, están orientados y no tienen problemas de comunicación. Esta información se pierde en la unidad de corta estancia donde la diferencia en cumplimentación de registro es significativa. En hospitalización convencional se cumplimenta el registro de valoración en el 67% de los ingresos, frente al 4,7% en la unidad de corta estancia ($p<0,001$)

Del total de pacientes evaluados al ingreso se recogen en la **tabla III** los resultados relacionados con los cuidados directos y las necesidades humanas.

Tabla III. Valoración de necesidades al ingreso

Problemas derivados de necesidades alteradas	Problema relacionado		Ausencia de problema
	Si	No	
Disnea	74%	1%	
Dependencia alimentarse	2%	55%	
Dependencia para eliminar	13%	59%	
Dependencia para moverse	19%	58%	
Dolor torácico	32%	6%	
Familiares acompañando	6%	57% (tienen familiares)	
Dependiente higiene	16%	47%	
Problemas de orientación	5%	66%	
Dependencia comunicación	17%	55%	

Las tablas IV y V, recogen resultados relacionados con Cuidados de enfermería directos de tipo técnico, preventivo y rehabilitador relacionados con la EPOC y Cuidados indirectos, relacionados con registros de actividad respectivamente. Se observa la diferencia de cargas de trabajo y actividad, tratándose del mismo tipo de pacientes.

Tabla IV. Cuidados de enfermería directos de tipo técnico, preventivo y rehabilitador relacionados con su enfermedad. Porcentaje de pacientes

Cuidado	Hosp.	Hosp.	Significación
	Convencional	Corta estancia	
Mantenimiento de vía venosa periférica	89,7%	95,1%	0,1 49
Extravasación	31%	29%	0,7 41
Mantenimiento sondaje vesical	4,6%	16,7%	0,6 87
Evaluación de riesgo de úlceras por presión	21,4%	3,9%	<0, 001
Presencia de úlceras	2%	2%	0,6 74
Ulceras al alta	2%	1%	0,4 77
Fisioterapia respiratoria	9%	15,9	0,6 39
Regulación de la glicemia	28,6%	24,4%	0,6 96
Administración de medicación según pauta múltiple, parenteral, oral y aerosoles	73%	93%	0,3
Administración de medicación donde hay medicación parenteral y oral	21%	10%	0,3
Exclusivamente medicación oral	2%	0%	0,3
Extracciones de sangre (entre 1 y 3)	84%	89,2%	0,0 01
Extracciones de sangre (mas de 3)	25,5%	10,8%	0,0 01
Gasometrías (entre 1 y 3)	67,3%	84,2%	0,0 01
Gasometrías entre (más de 3)	18,4%	14,9%	0,0 01

La necesidad de cuidados derivados de la hospitalización es idéntica para todos los pacientes y las actividades orientadas a la prevención de problemas se realizan en las dos unidades sin apenas diferencias, excepto la evaluación de presencia de úlceras, que, es superior en hospitalización convencional respecto a corta estancia.

Los cuidados derivados del tratamiento, indican que las cargas de trabajo son desiguales.

La medicación al ingreso es de pauta múltiple en porcentaje superior en las unidades de corta estancia respecto a hospitalización convencional, aunque este resultado no tiene significación estadística. No sucede lo mismo con las extracciones de sangre, que en los dos casos, venosa y arterial, sí se observan diferencias significativas, resultando superior el número de extracciones en la unidad de corta estancia respecto a hospitalización convencional; las extravasaciones de vía periférica y la toma de constantes son similares en las dos unidades a estudio.

Cuidados indirectos

Los registros de actividad de la práctica enfermera que recogen seguimiento de la hospitalización, son similares en los dos modelos, destacando la baja cumplimentación del informe de cuidados al alta, respecto a los registros de observaciones y constantes. (**Tabla V**).

Tabla V. Cuidados indirectos, relacionados con registros de actividad. Cumplimentación.

Registro	Hosp. convencional	Hosp. Corta estancia	Significación
Registro de Tensión arterial Frecuencia cardiaca y T ^a	96%	99%	0,1 78
Registro de observación de enfermería	96,9%	99%	0,2 84
Registro de cuidados al alta	4,2%	5,9%	0,5 82

DISCUSIÓN

Para establecer el coste de los cuidados de enfermería, los autores del sistema GRD utilizaron un coste fijo por día. Este precio fijo se basa en dos tipos de cuidados, los cuidados de rutina (dispensados en las unidades de hospitalización convencionales) y los cuidados intensivos (dispensados en unidades especiales). En el interior del coste fijo por GRD, se contempla el número fijo de días de cuidado de rutina y número de días de cuidados intensivos, quedando predeterminados para cada GRD el número de días de cuidados de rutina y de cuidados intensivos, de manera que el coste fijo para cada episodio de cuidados no contempla las variaciones intraGRD o interGRD de la intensidad de los cuidados sobre los costes globales de la hospitalización⁸.

Publicaciones sobre investigaciones en el campo de la gestión de enfermería en los GRD⁸⁻⁹ ponen de manifiesto que el diagnóstico médico explicaba el 26% de la variación cotidiana de la carga de los cuidados de enfermería, mientras que los diagnósticos de enfermería

explicaban el 52% de la variación; así mismo se demuestra la incapacidad de los GRD frente a los diagnósticos de enfermería para explicar variaciones sobre la estancia media. Se han estudiado las variaciones interGRD en diversos procesos asistenciales¹⁰ y, aunque la Comisión propac (prospective payment assessment commission) americana no reconoce ningún instrumento de medida de los cuidados, acepta que la documentación de los costes de enfermería por GRD era esencial para la gestión¹¹. Otros factores que pueden influir en la variabilidad de la atención intraGRD, pueden estar relacionados con la unidad de hospitalización y los procedimientos de enfermería, guías para la práctica o nº de enfermeras; sin embargo, en el estudio, se observa la variabilidad en el tratamiento de enfermería en función de la unidad de hospitalización, que explicaría una parte de la variabilidad intra GRD no explicada en términos de costes.⁽¹²⁻¹³⁾.

Como se ha mencionado, el modelo GRD, cuantifica los cuidados administrados, en lugar de los requeridos, generando posibles diferencias de cargas de trabajo y diferente atención en el mismo tipo de pacientes, en ocasiones con la misma ratio enfermera-paciente en distintas de la unidad de hospitalización.

Si bien, la reducción de la estancia es importante para el control del gasto sanitario, la atención en términos de implantación de programas preventivos y rehabilitadores, que se permite en un modelo de hospitalización más prolongado podría evitar complicaciones en los pacientes crónicos que padecen reagudizaciones¹⁴.

En cualquier caso, se percibe una atención de enfermería diferente condicionada por el modelo de hospitalización, no por las características de los pacientes, que en este caso son comparables. El agrupador GRD no contempla diferencias en la atención de enfermería, orientando los cuidados hacia el modelo de tratamiento frente a la individualidad del paciente; parece que los modelos de hospitalización convencionales permiten incluir variables de cuidados orientadas a la rehabilitación, que no están contemplados en los modelos de corta estancia; sin embargo en estas unidades, las cargas de trabajo en técnicas invasivas son superiores. Parece necesario realizar estudios de efectividad que ajusten el coste de la hospitalización incluyendo variables no contempladas en el actual modelo GRD.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado, existe una variabilidad de la actividad enfermera no evaluada, para el mismo tipo de pacientes, en función de la unidad de hospitalización, que podría explicar diferente evolución en el curso de la enfermedad, o diferente coste. Los registros de enfermería recogidos en las historias clínicas, aportan información diferente en función de cada unidad de hospitalización. En corta estancia, la información está más relacionada con el diagnóstico y prescripción médica; en hospitalización convencional se recoge además, una valoración al ingreso del paciente, que en algunos casos, se sigue durante la estancia hospitalaria.

Las cargas de trabajo son diferentes en las dos unidades, si se tiene en cuenta el nº diferente de técnicas invasivas derivadas del tratamiento para el mismo proceso y paciente.

Es importante avanzar en la definición de cuidados requeridos incluidos en el diagnóstico CIE de enfermedad, sin desligar la enfermedad como razón de hospitalización, incluyendo en los agrupadores GRD, identificadores de cuidados requeridos, que permitan tratar a las personas enfermas desde el diagnóstico CIE y la atención a su autonomía como se apunta en los estudios de cargas de trabajo cuantificadas con el modelo PRN, que parece el más idóneo para incluir en los GRD. La igualdad en el nº de enfermeras y desigualdad en las

actividades, reduce las posibilidades de implantar programas preventivos, educativos y rehabilitadores específicos de la atención de enfermería, al centrarse las actividades en las derivadas del tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, en España, algunos estudios muestran la necesidad de adaptación del peso del cuidado dentro del agrupador GRD al contexto del sistema nacional de salud⁽¹⁰⁾ y otros muestran la tendencia a realizar cuidados a demanda, en lugar de cuidados necesarios, lo que explicaría la variabilidad para el mismo tipo de pacientes. La continuidad de cuidados es un elemento importante en pacientes crónicos que requieren continuidad de atención para prevenir reagudizaciones del proceso; sin embargo, es difícil plantear una continuidad cuando el modelo de hospitalización y el modelo de cuantificación de productos no incluye un aspecto importante de la atención como la práctica enfermera en términos de atención requerida, frente a atención prestada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maciá Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema de Salud Nacional Español. Características y análisis. Rev. Enfermería Global 2007; Mayo10 (secc. Administración-gestión-Calidad):1-14 (Acceso en: 20 de septiembre de 2008). Disponible en línea: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>
2. Asenjo M.A. Gestión diaria en el hospital. Ed. Masson. 3^a edición. 2006
3. Arce Ovieta J, Molinero Ma, Sanz Sanz M, Polo Ordoqui M, Villalobos Martinez-Pontremoli E, Diaz Fernandez Jl. Asignación de presupuesto, facturación y coste por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Rev: Todo Hospital 1996(127):25-32.
4. Diagnosis Related Groups (DRGs) and the medicare program. Implications for medical technology-A technical memorandum. Washington, DC.: U.S Congress, Office of Technology Assessment; July 1983. (OTA-TM-H-17).
5. Iglesias C, Montilla A, Erkorea M, Inda M, Testerra V. Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). Rev. Psiquiatría pública. 1999;11(3):63-9
6. Navarro Pardo E, Meléndez Moral J C, Tomás Miguel J M Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores Rev. Gerokomos. 2008;2 (19)
7. Fetter RB. Diagnosis Related Groups: The product of the hospital. Washington: APCR Public Pohey Symposium;1984.
8. Ferrús L, Honrado G, Pintado D. Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: variabilidad y homogeneidad de los cuidados enfermeros. Enferm Clín. 2001;11(6):239-46.
9. Halloran EJ. Rev. Nurs Health. Nursing workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnoses. 1985;8(4):421-33.
10. Blázquez Gómez, M del M. Análisis comparativo en base al sistema de clasificación de pacientes GRD, en los hospitales de Ntra. Sra. Del Pino y el Hospital Insular de la provincia de Las Palmas. [Acceso en: 20 septiembre 2008]. [434 hojas]. Disponible en linea: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaites?codigo=443>
11. Medicare Hospital Prospective Payment System How DRG Rates Are Calculated and Update. Papers. 2001.OEI.09-00-00200 Office of inspector general. Office of evaluation and inspections. Region IX. San Francisco. Informe
12. Sermeus W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L, Lesaffre E. Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. Int J Nurs Stud. 2008 ;45(7):1011-21.

13. [O'Brien-Pallas L](#), [Irvine D](#), [Peereboom E](#), [Murray M](#). Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nurs Econ.* 1997;15(4):171-82.
14. [Salazar A](#), [Estrada C](#), [Porta R](#), [Lolo M](#), [Tomas S](#), [Alvarez M](#). Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department *Eur J Emerg Med.* 2009 ;16(3):121-3



[© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia](#)