

Los GRD y la atención geriátrica hospitalaria

J. A. García-Navarro

Geriatra. Gerente del Área Operativa. Grup Sagessa. Reus. Tarragona. España.

El principal sistema de clasificación de pacientes para la medición de la casuística hospitalaria (*case-mix*) son los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Es el sistema de medición que se utiliza en nuestros hospitales públicos, por lo que todos los geriatras que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario han oído hablar de él. Muchos son los que, además, los critican por no reflejar exactamente la complejidad clínica diaria que se atiende en las unidades de agudos de geriatría.

Una visión de la herramienta nos debería permitir saber qué debemos esperar de los GRD. Fueron el producto de una larga investigación que inició en los años sesenta, y finalizó a principios de los ochenta del pasado siglo, R.B. Fetter en la Universidad de Yale^{1,2}. Se construyeron como grupos de pacientes homogéneos en cuanto al consumo de recursos, médicamente interpretables (grupos de pacientes con categorías diagnósticas homogéneas), basándose en información sencilla y ágil, con un número limitado de grupos y comparable entre diferentes centros e históricamente en el mismo centro.

Al ser un sistema de clasificación basado en el consumo de recursos, los GRD se han utilizado clásicamente para medir la eficiencia hospitalaria y para asignar recursos económicos. En la búsqueda de mejorar el poder predictivo de la herramienta, se han ido añadiendo grupos (desde los 383 GRD primitivos de 1980 hasta más de 500 de las últimas versiones) y se han ajustado por severidad clínica (*severity refined GRDs*)³.

La clasificación por GRD sigue una lógica difícil de encajar en la práctica geriátrica global, básicamente por tres razones⁴:

- La clasificación se basa en episodios de hospitalización de corta estancia (días), lo que no los hace apropiados para su uso en pacientes que necesitan recuperación funcional o cuidados de larga duración. Además, su uso aislado sin asociarlo a otras medidas de continuidad asistencial (como reingresos en urgencias o seguimiento en consultas externas) ofrece una visión muy parcial de la carga asistencial y el manejo de los pacientes de un servicio⁵.

- La clasificación tiene en cuenta la edad del paciente, el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, los procedimientos que se le han aplicado y la presencia de complicaciones. En cambio, no considera otras características del paciente importantes en el consumo de recursos, como la situación funcional previa del paciente y su situación mental⁶.

- El sistema de codificación de diagnósticos en los hospitales de agudos infravalora la presencia de síndromes geriátricos que exigen al clínico un mayor esfuerzo diagnóstico y de tratamiento y la movilización, en muchas ocasiones, de servicios sanitarios posthospitalarios⁷.

Para salvar estos problemas, en los años ochenta del pasado siglo se comenzó a desarrollar una herramienta basada en el coste por día y que consideraba el tratamiento que se le aplicaba al paciente, así como su situación funcional y mental y la presencia de otras variables importantes como la presencia de determinados síndromes geriátricos. Esta herramienta es el Resource Utilization Groups (RUG)⁸⁻¹⁰ y ha demostrado su utilidad en unidades de rehabilitación funcional y larga estancia, pero no en unidades de agudos.

Por lo tanto, los GRD deberían quedar restringidos en su uso solamente a las unidades de agudos de geriatría. El trabajo de J.L. González-Guerrero et al¹¹ en este número de la revista obliga a hacer varias reflexiones al geriatra clínico. En primer lugar, podemos afirmar que los GRD son la herramienta que nos permitirá observar diferencias en la eficiencia de un servicio determinado (medida como estancia media) respecto a otro servicio del mismo hospital, en este caso respecto al servicio de medicina interna. El artículo refleja claramente una mayor eficiencia en la gestión de las camas de geriatría que en las de medicina interna del hospital estudiado y durante el período estudiado. No obstante, al tratarse de un estudio local, no se puede afirmar que este comportamiento sea extrapolable al sistema nacional de salud.

El estándar de comparación externo utilizado son «las altas de los hospitales de la red pública en el ámbito estatal», que probablemente incluyan servicios de medicina muy diversos en su ubicación y dotación de recursos. Sin duda se incluyen muchas altas de pacientes jóvenes sin alteración funcional o mental previa, lo que hace que el índice funcional mostrado en el estudio (1,45) sea aceptable para un servicio de geriatría, donde los ingresos frecuentemente se producen en pacientes con pérdida funcional, comorbilidad y alteración mental previa. La pérdida de una o más actividades de la vida diaria previa a un ingreso en agudos supone un incremento del 22% de la estancia media⁶. Los geriatras deberíamos exigir la comparación con la norma de las altas de servicios de geriatría de hospitales de nivel similar y no con las de servicios médicos en general.

Los GRD permiten que nos centremos en el grupo de pacientes con mayor potencial de mejora, en el caso del estudio presentado los pacientes con GRD 014 (accidente cerebrovascular excepto AIT), que son los que muestran una desviación mayor sobre la estancia media esperada. Las variables locales se deberían tener en cuenta al hacer comparaciones: las unidades de agudos que dispongan de media estancia deberían mostrar una mayor eficiencia en la gestión de estos pacientes.

La práctica clínica de un servicio puede medirse, pero con matizaciones. Además de exigir la norma de comparación adecuada (servicios de geriatría y no servicios médicos en general) y considerar las variables locales de cada centro, se deberían estudiar siempre la mortalidad hospitalaria, los reingresos (incluyendo visitas a urgencias) y el uso de servicios posthospitalización (consultas externas, unidades domiciliarias, hospitales de día, etc.) para completar la visión del funcionamiento de un servicio que ofrecen los GRD.

Muchas han sido las voces que se han alzado en contra del uso de esta herramienta en las unidades de geriatría, alegando discriminación del anciano y disminución de la calidad asistencial, especialmente cuando se emplean para asignar financiación¹². Incluso se han propuesto otros sistemas de clasificación específicos para el anciano¹³, pero su uso no está generalizado.

Mientras se desarrollan nuevos sistemas o se afinan más los ya existentes, los GRD deberían pasar a formar parte de nuestra práctica clínica habitual. Eso sí, exigiendo que las normas de comparación sean las adecuadas, las variables locales tenidas en cuenta e introduciendo medidas del uso de servicios posthospitalización. La visión única y aislada de episodios de hospitalización va en contra de la integralidad, la progresividad y la continuidad asistencial, que son el núcleo de la práctica geriátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fetter RB, Thompson JD, Mills RE. A system for cost and reimbursement control in hospitals. 1976. *Yale J Biol Med.* 2000;73:411-24.
2. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care.* 1980;18 Suppl 2):iii, 1-53.

3. Averill RF, Goldfield NI, Muldoon J, Steinbeck BA, Grant TM. A closer look at all-patient refined DRGs. *J AHIMA*. 2002;73:46-50.
4. Goldberg SC, Estes CL. Medicare DRGs and post-hospital care for the elderly: does out of the hospital mean out of luck? *J Appl Gerontol*. 1990;9:20-35.
5. Wood JB, Estes CL. The impact of DRGs on community-based service providers: implications for the elderly. *Am J Public Health*. 1990;80:840-3.
6. Chuang KH, Covinsky KE, Sands LP, Fortinsky RH, Palmer RM, Landefeld CS. Diagnosis-related group-adjusted hospital costs are higher in older medical patients with lower functional status. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:1729-34.
7. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, Young RT, Saliba D, MacLean CH, et al. Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:363-9.
8. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care*. 1994;32:668-85.
9. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18). *Med Care*. 1989;27:843-58.
10. Fries BE, Cooney LM, Jr. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Med Care*. 1985;23:110-22.
11. González-Guerrero JL, García-Mayolín N, Valverde M. Eficiencia de una unidad de geriatría en la gestión de camas hospitalarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:330-4.
12. Rogers WH, Draper D, Kahn KL. Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. A summary of effects. *JAMA*. 1990;264:1989-94.
13. Carpenter GI, Teare GF, Steel K. A new assessment for elders admitted to acute care: reliability of the MDS-AC. *Aging (Milano)*. 2001;13:316-30.