

DOCUMENTO SENPE – SEDOM SOBRE LA CODIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

1.- Introducción y aspectos generales.

La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afectando de forma muy especial, a un colectivo concreto como es el de los sujetos hospitalizados, donde la incapacidad y la enfermedad son comunes, tomando entidad propia bajo la denominación de desnutrición hospitalaria.

El pasado 6 de noviembre de 2004 se celebró en Granada el 2º Foro de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) con un tema central de debate: “Valoración del estado nutricional en el ámbito hospitalario. Herramientas y GRDs”. La SENPE y la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) adquirieron el compromiso de llegar a acuerdos para poder definir de una forma más precisa y acertada los tipos de desnutrición y su correspondiente codificación, como se expresa en las conclusiones del Foro dada su trascendencia en la gestión hospitalaria (1).

Definir la desnutrición no es fácil como lo demuestra el hecho de los múltiples intentos que se han realizado, no existiendo una definición universalmente aceptada. Los últimos avances en estudios de composición corporal y especialmente el conocimiento de los efectos negativos que la desnutrición tiene en la evolución de los pacientes han permitido actualizar algunas de estas definiciones (2). Probablemente una de las más aceptadas sea la propuesta por M Elia como “ la desnutrición es el estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos / órganos y en el resultado clínico”.

En los últimos años se han implementado diversos métodos de cribaje como primer paso para detectar sujetos en riesgo nutricional que, posteriormente, deben ser sometidos a una valoración nutricional exhaustiva, para llegar a un diagnóstico concreto de la misma que implique un plan terapéutico nutricional evaluable.

La desnutrición afecta al 30%-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades tanto por causas quirúrgicas como médicas aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria.

El diagnóstico de desnutrición su comorbilidad, mortalidad asociada y el procedimiento terapéutico utilizado para revertirla, implican un problema asistencial y un coste económico para los centros hospitalarios que en ocasiones no es bien informado (3,4).

De la importancia y trascendencia de la situación baste reseñar la resolución del Consejo de Europa al respecto, de la que extraemos:

“La evaluación del estado nutricional en el ámbito hospitalario es importante por la elevada incidencia de desnutrición (30-50%) y el efecto negativo que ésta tiene sobre la evolución de los pacientes.

Permite conocer qué paciente está desnutrido y en qué grado, detecta los pacientes que requieren nutrición artificial y evalúa la eficacia del soporte nutricional.

De acuerdo con las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa (Resolución ResAP(2003)3 sobre alimentación y asistencia nutricional en los hospitales); la valoración nutricional debe ser una herramienta imprescindible en la evaluación completa del paciente hospitalizado. Esta deberá ser universal, precoz, sencilla de aplicar, basada en la mejor evidencia científica disponible y adaptable a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes como edad, sexo, gravedad de la enfermedad. La detección de un paciente en riesgo nutricional deberá seguirse de una evaluación nutricional completa, un plan terapéutico nutricional individualizado y una monitorización de la evolución.” (5)

En esta circunstancia entendemos que están implicadas varias causas, entre las que podríamos destacar la falta de formación e interés de los profesionales sanitarios de los servicios finalistas para incluir el diagnóstico de desnutrición y el procedimiento utilizado para su tratamiento y las dificultades con las que nos encontramos para ajustar los cuadros de desnutrición hospitalaria en las definiciones planteadas en el CIE 9 -MC (Clasificación Internacional de Enfermedades –9ª revisión- Modificación Clínica) (5,6)

La CIE 9-MC es la herramienta universal base utilizada en la clasificación de diagnósticos y procedimientos. Entre sus grandes ventajas destaca permitir

que todo el mundo sanitario hable el mismo lenguaje, para definir la patología, independientemente de su lugar de actividad. Sin embargo esta misma circunstancia que universaliza las patologías se convierte en un obstáculo en el caso de la desnutrición, ya que fue diseñado como un sistema universal asignándose los principales códigos de desnutrición proteica (Kwashiorkor), calórica (marasmo) o mixta a los criterios de definición de desnutrición en el grupo de edad pediátrica en los países menos desarrollados, no considerando específicamente el caso de la desnutrición hospitalaria del adulto (Tabla 1).

TABLA 1.- Definiciones de desnutrición de la CIE 9 MC

<p>260. Kwashiorkor : Edema nutritivo con despigmentación de la piel y del pelo.</p> <p>261. Marasmo Nutritivo: Atrofia Nutritiva. Carencia calórica grave. Desnutrición grave.</p> <p>262. Otras desnutriciones proteicocalóricas graves: Edema nutritivo sin mención de despigmentación de piel y pelo.</p> <p>263. Otras formas de malnutrición energético proteica no especificada</p> <p style="padding-left: 20px;">263.0 Desnutrición de grado moderado</p> <p style="padding-left: 20px;">263.1 Desnutrición de grado leve</p> <p style="padding-left: 20px;">263.2 Detención del desarrollo consecutivo de desnutrición proteico calórica.</p> <p style="padding-left: 40px;">Enanismo nutritivo</p> <p style="padding-left: 40px;">Retraso físico por desnutrición</p> <p>263.8. Otras desnutriciones proteico calóricas</p> <p>263.9. Desnutrición proteico calórica no especificada</p> <p style="padding-left: 20px;">Distrofia por desnutrición</p> <p style="padding-left: 20px;">Desnutrición (calórica) NEOM.</p> <p>Excluye carencia nutritiva NEOM (269.9)</p>
--

La mayoría de los pacientes atendidos en nuestros centros hospitalarios presentan desnutrición energético - proteica de diferentes grados de gravedad. Probablemente las dos excepciones dignas de mención sean los cuadros marasmáticos de las pacientes con anorexia nerviosa y la situación de

desnutrición aguda proteica de un paciente previamente sano que de forma inesperada sufre una agresión.

Una valoración nutricional exhaustiva requiere la realización de una correcta historia clínica y dietética, cuestionarios estructurados subjetivos (Valoración Subjetiva Global (VSG) , *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y otros), mediciones antropométricas, estudios analíticos (albúmina, linfocitos, pruebas de función hepática, etc) y otros métodos de composición corporal (7, 8, 9, 10).

Es imprescindible que los clínicos responsables de la elaboración de los informes al alta hospitalaria , sean conscientes de la importancia de incluir en el mismo el diagnóstico de desnutrición y los procedimientos terapéuticos relacionados. Conscientes de la dificultad que supondría cualquier modificación al patrón establecido actualmente en su codificación por la CIE- 9- MC, pero sensibles a la necesidad de establecer criterios que nos permitan hablar el mismo lenguaje a todos y poder intercambiar nuestros datos proponemos:

2.- Criterios de clasificación de la desnutrición hospitalaria:

1. Desnutrición calórica (equivalencia: Marasmo)

Desnutrición crónica provocada por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes. Se produce una disminución de peso importante, caracterizada por pérdida de tejido adiposo, en menor cuantía de masa muscular y sin alteración significativa de las proteínas viscerales ni edemas.. Los parámetros antropométricos se hallan alterados. Los valores de albúmina y de proteínas plasmáticas suelen ser normales o poco alterados.

2. Desnutrición proteica o predominantemente proteica (equivalencia: Kwashiorkor)

Asimilada en los países desarrollados al concepto de desnutrición aguda por estrés que aparece cuando existe disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos en infecciones graves, politraumatismos y cirugía mayor. El panículo adiposo está preservado, siendo la pérdida fundamentalmente proteica, principalmente visceral. Los parámetros antropométricos pueden estar en los límites normales con proteínas viscerales bajas.

3. Desnutrición mixta

Desnutrición proteico-calórica grave o Kwashiorkor-marasmático, que mezcla las características de los dos cuadros anteriores, disminuye la masa magra, grasa y las proteínas viscerales. Aparece en pacientes con desnutrición crónica previa tipo marasmo (generalmente por enfermedad crónica) que presentan algún tipo de proceso agudo productor de estrés (cirugía, infecciones). Es la forma mas frecuente en el medio hospitalario. se puede evaluar la gravedad del componente mas afectado, predominio calórico o proteico.

4. Estados carenciales

Deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), por disminución de su ingesta o pérdida aumentada. Generalmente se asocia a alguno de los tipos anteriores. Quedan fuera del tema que tratamos.

Tal y como se ha expresado anteriormente no existen criterios diagnósticos unánimes. Tampoco existe ningún parámetro diagnóstico salvo, tal vez, la valoración subjetiva global, que por si sólo nos aporte un diagnostico de desnutrición (11, 12, 13). En la tabla 2 se recogen los parámetros diagnósticos mas frecuentes con indicación del tipo de desnutrición del que son mas específicos.

Tabla 2.- Parámetros diagnósticos en desnutrición hospitalaria:

	Desnutrición calórica	Desnutrición proteica	Desnutrición mixta
IMC	++	Normal	+
Porcentaje de peso habitual	++	No	+
% Pérdida de Peso / Tiempo 1 semana	++	No	+
1 mes	++	No	+
2 meses	++	No	+
3 meses	++	No	+
Pliegues y otras medidas antropométricas	++	No	+
Albúmina (g/dl)	Normal	++	+
Transferrina (mg/dl)	Normal	++	+
Prealbumina (mg/dl)	Normal	++	+
RBP (mg/dl)	Normal	++	+
Linfocitos (células / mm³)	+	++	+
Colesterol (mg/dl)	++	No	+
Valoración subjetiva global	B-C	B-C	B-C
NRS	+	+	+
MUST	+	+	+

Cada uno de los tipos definidos (calórica, proteica o mixta) se subdivide, según su severidad, en leve o de primer grado, moderada o

de segundo grado y grave o de tercer grado.

Los valores de los parámetros diagnósticos correspondientes a estos estadios se recogen en la tabla 3.

	Valor Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
IMC	18,5-25	17-18,4	16-16,9	< 16
Porcentaje de peso habitual	>95%	94,9-85	84,9-75%	<75%
% Pérdida de Peso / Tiempo 1 semana	<1%	1-2%	2%	>2%
1 mes	<2%	<5%	5%	>5%
2 meses	<3%	5%	5-10%	>10%
3 meses	<7,5%	<10%	10-15%	>15%
Pliegues y otras medidas antropométricas	> p15	< p15	< p10	<p5
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-150	<100
Prealbumina (mg/dl)	18-28	15-18	10-15	<10
RBP (mg/dl)	2,6-7	2-2,6	1,5-2	<1,5
Linfocitos (células / mm³)	>2000	1200-2000	800-1200	<800
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	< 100
Valoración subjetiva global	A	B	C	C
	Sin riesgo	Posible riesgo	Riesgo nutricional	
NRS	0	1-2	≥ 3	
MUST	0	1	≥ 2	

Nota: los sistemas de NRS y MUST aunque suponen aproximaciones diagnosticas no tienen validadas las puntuaciones de desnutrición leve-moderada o grave, por lo que han de complementarse con otros datos.

Cuando un paciente reúne dos criterios con grados de severidad diferentes se toma el mayor de ellos.

2.- Criterios de codificación:

1. Constatación documental:

Para la asignación de un código de desnutrición será necesario un diagnóstico establecido de la misma, con su reflejo documental correspondiente.

2. Fuentes documentales:

La fuente documental preferente será el Informe de Alta, siendo también válida la consignación, por el médico responsable o por el Equipo de Soporte Nutricional, del diagnóstico de desnutrición en la historia clínica, independientemente del soporte de la misma.

3. Diferentes estadios:

Cuando en un mismo episodio el paciente pase por diferentes grados de desnutrición se recogerá el mas severo que haya padecido.

4. Procedimientos de soporte nutricional (14)

La realización de un procedimiento nutricional no conlleva la presunción del diagnóstico. Ante la presencia de soporte nutricional sin diagnóstico de desnutrición, se deberá constatar la existencia del mismo y si no existe se registrarán sólo los códigos de procedimiento. El soporte nutricional debe ser mayor a 1000Kcal/día para su toma en consideración a la hora de codificar.

5. Pautas a seguir

Se seguirán las pautas habituales de codificación, por lo que nos guiaremos por el alfabético:

Desnutrición (calórica) 263.9

-abandono.....

.....

-grado

- - grave 261

- - - proteinocalórica 262

- - leve 263.1

- - moderada 263.0

- - primer 263.1
- - segundo 263.0
- - tercer 262
- grave 261
- - proteinocalórica NCOC 262
-
- leve 263.1
- maligna 260
- moderada 263.0
- proteínica 260
- proteinocalórica 263.9
- - grave 262
- - tipo especificado NCOC 263.8
-

Por lo tanto los diferentes tipos de desnutrición hospitalaria se codificarían de la siguiente forma:

Desnutrición calórica:

- Leve: 263.1
- Moderada: 263.0
- Grave o severa: 261
- Grado no especificado: 263.9

Desnutrición proteica o proteínica:

- En cualquier grado: 260

Desnutrición mixta o proteicocalórica o proteinocalórica:

- Leve: 263.8
- Moderada : 263.8
- Grave o severa: 262
- Grado no especificado: 263.9

Desnutrición no especificada:

- Leve: 263.1
- Moderada: 263.0
- Grave o severa: 261
- Grado no especificado: 263.9

6 Codificación de procedimientos de soporte nutricional:

Nutrición parenteral: 99.15. Se deberá codificar la inserción del catéter correspondiente, siempre que se realice durante el ingreso.

Nutrición enteral: 96.6 Se reflejaran aquellos soportes superiores a las 1000 Kcal/día.

- BIBLIOGRAFÍA

1. García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo MV. "Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria" *Nutr. Hosp.* (2005) XX (2) 82-87
2. Stratton R.J., Green C.J., Elia M. *Disease-related malnutrition*. CAB Internacional; 2003.
3. Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España. Coordinado por JI Ulibarri. Ed: A Garcia de Lorenzo; PP García Luna; P Marsé; M Planas.
4. Villalobos Gámez JL , Del Río Mata J ,García-Almeida JM , Guzmán de Damas JM , Moya Carmona I ,et al. Cambios en los índices de complejidad y de utilización de estancias de 2004. Plan de colaboración del equipo de soporte nutricional con servicios de documentación clínica y farmacia. *Nutrición Hospitalaria*. 21 (S 1) ;2006: 22
5. COUNCIL OF EUROPE- COMMITTEE OF MINISTRES. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals
6. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica –5ª edición- Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
7. Swails WS, Samour PQ, Babineau TJ, Bristian BR. A proposed revision of current ICD-9-CM malnutrition code definitions. *J Am Diet Assoc* 1996; 96: 370-373.
8. Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not screen for adult malnutrition? *Clin Nutr* 2005; 24: 867-884.
9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status?. *JPEN* 1987; 11(1): 8-13.
10. Guíjoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 2002; 18 (4): 737- 757.
11. Acosta Escribano J., Gómez-Tello V. y Ruiz Santana S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave . *Nutr. Hosp.* (2005) XX (S 2) 5-8.
12. Chocrane Injuries Group Albumin Reviewers. *BMJ* 1998; 317: 235-240
13. Ulibarri Pérez J, González-Madroño Giménez A, González Pérez P, y cols. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2002;17:179-88.

14. Villalobos Gámez J. L. ,. García-Almeida J. M ,. Guzmán de Damas J. M , Rioja Vázquez R. , Osorio Fernández D. , Rodríguez-García L. M. Et al. Proceso INFORNUT: validación de la fase de filtro —FILNUT— y comparación con otros métodos de detección precoz de desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2006;21(4):477-90
15. Weimann, A. Braga M., Harsanyi L., Laviano A., Ljungqvist O., Soeters P., ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation . Clinical Nutrition . 25: (2), April 2006, 224-244.