



Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

info@nutriciónhospitalaria.com

Grupo Aula Médica

España

Álvarez, J.; Del Río, J.; Planas, M.; García Peris, P.; García de Lorenzo, A.; Calvo, V.; Oliveira, G.;
Irles, J. A.; Piñeiro, G.

Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria

Nutrición Hospitalaria, vol. 23, núm. 6, noviembre-diciembre, 2008, pp. 536-540

Grupo Aula Médica

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226729003>

- [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

Artículo especial

Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria

J. Álvarez¹, J. Del Río², M. Planas¹, P. García Peris¹, A. García de Lorenzo¹, V. Calvo¹, G. Olveira¹, J. A. Irlés¹, G. Piñeiro¹; Grupo de Documentación de SENPE

¹Miembros de SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral). ²Miembro de SEDOM (Sociedad Española de Documentación Médica). España.

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 hospitalaria¹.

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 definiciones². 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 sanita-

Correspondencia: Julia Álvarez.
E-mail: julia.alvarez@telefonica.net

Recibido: 8-IX-2008.
Aceptado: 12-IX-2008.

rios 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 I).

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 corporal⁷⁻¹⁰.

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:

Criterios de clasificación de la desnutrición hospitalaria

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

Tabla I
Definiciones de desnutrición de la CIE-9-MC

- 260.** *Kwashiorkor*: edema nutritivo con despigmentación de la piel y del pelo.
 - 261.** *Marasmo Nutritivo*: atrofia Nutritiva. Carencia calórica grave. Desnutrición grave.
 - 262.** *Otras desnutriciones proteico-calóricas graves*: edema nutritivo sin mención de despigmentación de piel y pelo.
 - 263.** *Otras formas de malnutrición energético proteica no especificada.*
 - 263.0.** *Desnutrición de grado moderado.*
 - 263.1.** *Desnutrición de grado leve.*
 - 263.2.** *Detención del desarrollo consecutivo de desnutrición proteico-calórica.*
 - Enanismo nutritivo.
 - Retraso físico por desnutrición.
 - 263.8.** *Otras desnutriciones proteico-calóricas.*
 - 263.9.** *Desnutrición proteico-calórica no especificada.*
 - Distrofia por desnutrición.
 - Desnutrición (calórica) NEOM.
- Excluye carencia nutritiva NEOM (269.9)

se hallan alterados. Los valores de albúmina y de proteínas plasmáticas suelen ser normales o poco alterados.

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 pániculo adiposo está preservado, siendo la pérdida fundamentalmente proteica, principalmente visceral. Los parámetros antropométricos pueden estar en los límites normales con proteínas viscerales bajas.

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 más frecuente en el medio hospitalario. Se puede evaluar la gravedad del componente más afectado, predominio calórico o proteico.

Estados carenciales

Deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), por disminución de su ingesta o pér-

Tabla II
Parámetros diagnósticos en desnutrición hospitalaria

	<i>Desnutrición calórica</i>	<i>Desnutrición proteica</i>	<i>Desnutrición mixta</i>
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	+
Albumina (g/dl)	Normal	++	+
Transferrina (mg/dl)	Normal	++	+
Prealbumina (mg/dl)	Normal	++	+
RBP (mg/dl)	Normal	++	+
Linfocitos (células/mm ³)	+	++	+
Colesterol (mg/dl)	++	No	+
Valoración subjetiva global	B-C	B-C	B-C
NRS	+	+	+
MUST	+	+	+

parámetro de valor calórico
 parámetro de valor proteico
 parámetro general

didada 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 sí sólo nos aporte un diagnóstico de desnutrición¹¹⁻¹³. En la tabla II se recogen los parámetros diagnósticos más frecuentes con indicación del tipo de desnutrición del que son más específicos.

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 III.

Criterios de codificación

Constatación documental

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

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.

Diferentes estadios

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

Procedimientos de soporte nutricional

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^{14,15}. El soporte nutricional debe ser mayor a 1.000 kcal/día para su toma en consideración a la hora de codificar.

Pautas a seguir

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

Desnutrición (calórica) 263,9
 – abandono

Tabla III
Parámetros diagnósticos en desnutrición hospitalaria según grado de severidad

	<i>Valor normal</i>	<i>Desnutrición leve</i>	<i>Desnutrición moderada</i>	<i>Desnutrición severa</i>
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
Prealbúmina (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/mm ³)	> 2.000	1.200-2.000	800-1.200	< 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 diagnósticas 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.

- grado Grado no especificado: 263,9
- grave 261 *Desnutrición proteica o proteínica:*
- proteino-calórica 262 En cualquier grado: 260
- leve 263,1
- moderada 263,0 *Desnutrición mixta o proteico-calórica o proteino-calórica:*
- primer 263,1 Leve: 263,8
- segundo 263,0 Moderada : 263,8
- tercer 262 Grave o severa: 262
- grave 261 Grado no especificado: 263,9
- proteino-calórica NCOC 262
- leve 263,1 *Desnutrición no especificada:*
- maligna 260 Leve: 263,1
- moderada 263,0 Moderada: 263,0
- proteínica 260 Grave o severa: 261
- proteino-calórica 263,9 Grado no especificado: 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

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 reflejarán aquellos soportes superiores a las 1.000 kcal/día.

Referencias

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 RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition. CAB Internacional; 2003.
3. Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España. Coordinado por JI Ulibarri. Ed: A. García de Lorenzo; P. P. García Luna; P. Marsé; M. Planas.
4. Villalobos Gámez JL, Del Río Mata J, García-Almeida JM, Guzmán de Damas JM, Moya Carmona I y cols. 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. *Nutr Hosp* 2006; 21(S1):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. Guijóz 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, Ruiz Santana S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave. *Nutr Hosp* 2005; XX(S2):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 JL, García-Almeida JM, Guzmán de Damas JM, Rioja Vázquez R, Osorio Fernández D, Rodríguez-García LM y cols. 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* 2006; 25(2):224-244.