



295 - REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO SENPE-SEDOM-SEEN 2008 SOBRE LA CODIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

A. Zugasti Murillo¹, V. Pulgar Perera², C. Gallego Diaz³, J.J. Alfaro Martínez⁴, R. Burgos Peláez⁵, T. Martín Folgueras⁶, M. Ballesteros Pomar⁷, L.M. Luengo Pérez⁸, C. Velasco Gimeno⁹ y J. Álvarez Hernández¹⁰

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Documentación clínica, Salud Digital, Valladolid. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de Valme, Sevilla. ⁴Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁶Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna. ⁷Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León. ⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Badajoz. ⁹Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁰Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: La aparición de nuevas revisiones de CIE, nuevos diagnósticos clínicos de desnutrición según criterios GLIM y la evolución de la información clínica, sugieren establecer nuevos criterios y propuestas de mejora en el proceso de documentación y codificación de la desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) por su repercusión en los indicadores de eficacia y calidad del hospital.

Métodos: SENPE-SEDOM-SEEN forman en 2022 un grupo de trabajo con objeto de elaborar un documento de consenso sobre los criterios de clasificación de DRE y los procedimientos de tratamiento nutricional según (CIE10-ES).

Resultados: Se codificarán tres niveles de gravedad de DRE según criterios GLIM fenotípicos y etiológicos: DRE moderada (E44.0), DRE grave (E43) o DRE no especificada (E46) esta última ante sospecha de desnutrición o cribado positivo. Estos se reflejarán como diagnósticos (principal y/o secundario), y los procedimientos nutricionales en la historia clínica (HC). El Informe de Alta es la fuente documental fundamental, aunque pueden ser consultados otros documentos complementarios. Proponemos las siguientes mejoras: 1) Diseñar un modelo de registro en la HC para las UNCyD, con fichas estructuradas, con el campo diagnóstico obligatorio y codificado. 2) Consensuar la realización de un Informe complementario al informe de alta. 3) Incluir en los pactos de gestión indicadores relacionados con codificación DRE. 4) Garantizar el flujo correcto de información. 5) Estructurar la información clínica según las necesidades de cada servicio.

Conclusiones: Es esencial un esfuerzo conjunto entre clínicos y codificadores para lograr una documentación, codificación y recuperación de la información, completa, pero estructurada en datos que sean analizados. La utilización del sistema de codificación representa una mejora en la gestión de las unidades favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos, de investigación la financiación por procesos y la atención clínica.