



Actividad Dietética

www.elsevier.es/dietetica



Artículo especial

Importancia de la codificación de la desnutrición hospitalaria en la gestión clínica

Julia Álvarez Hernández^{a,*}, Mercè Planas Vilà^b y Abelardo García de Lorenzo^c

^a Coordinadora del Comité Científico Educativo, Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), España

^b Vicepresidenta de la SENPE, España

^c Presidente de la SENPE, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de mayo de 2010

Aceptado el 10 de mayo de 2010

Palabras clave:

Información

Codificación

Desnutrición hospitalaria

Clasificación de enfermedades

Gestión clínica

RESUMEN

Los sistemas de información hospitalarios son herramientas básicas en la gestión hospitalaria. La desnutrición relacionada con la enfermedad sigue constituyendo un área sanitaria de interés relevante entre los países miembros de la Unión Europea (UE) por su elevada prevalencia y sus altos costes. La Estrategia 2008-2013 "Together for Health" planteada en el Parlamento Europeo insta a los Estados miembros a que desarrollen iniciativas en el ámbito de la educación poblacional, la formación especializada, la investigación y las buenas prácticas clínicas. La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) colabora en distintas áreas de desarrollo de esta estrategia, que pretende situar la desnutrición relacionada con la enfermedad en el foco de atención del Sistema Nacional Sanitario (SNS). Sabemos que la codificación es un ejercicio clave en la gestión sanitaria que se rige por procedimientos bien establecidos. Una correcta codificación de la desnutrición hospitalaria, como diagnóstico principal o secundario, así como de los procedimientos terapéuticos empleados, contribuye a conocer la realidad de la actividad asistencial y el consumo de recursos de cada centro. Conscientes de la importancia de estas medidas, la SENPE, conjuntamente con la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM), ha contribuido a la estrategia de la UE mediante el desarrollo del Documento de Consenso de Codificación de la Desnutrición SENPE-SEDOM. Este documento ha permitido normalizar el proceso de codificación de esta patología con la asignación de códigos específicos a términos definitorios concretos y optimizar la información sobre la desnutrición, sus tipos y grados y los procedimientos empleados en los centros hospitalarios de nuestro SNS para prevenirla o tratarla.

© 2010 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The importance of coding hospital undernourishment in clinical management

ABSTRACT

Keywords:

Information

Coding

Hospital undernourishment

Classifying diseases

Clinical management

Hospital information systems are basic tools in hospital management. Disease-related undernourishment is still a significant health area of interest among the countries that are members of the European Union (EU) due to its high prevalence and its high costs. The 2008-2013 Strategy "Together for Health" considered in the European Parliament urges the member states to develop initiatives in the field of population education, specialised training, research and good clinical practices. The Spanish Society for Parenteral and Enteral Nutrition (SENPE) collaborates in different areas where this strategy is developed, which is an attempt to place disease-related undernourishment in the focus of attention of the National Health System (NHS). We know that coding is a key exercise in health management governed by well-established procedures. A correct coding of hospital undernourishment as a main or secondary diagnosis, as well as of the therapeutic procedures used, helps to get to know the reality of the welfare activity and the consumption of each centre's resources. Aware of the importance of these measures, the SENPE, along with the Spanish Society of Medical Documentation, has contributed to the EU's strategy by developing the SENPE-SEDOM

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julia.alvarez@telefonica.net (J. Álvarez Hernández).

Undernourishment Coding Consensus Document. This document has allowed the coding process of this pathology to be standardised with the assignation of specific codes to specific defining terms and the information on undernourishment, its types and degrees, and the procedures used in the hospitals of our NHS for preventing or treating it to be optimised.

© 2010 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente de morbilidad, discapacidad y disminución de años vividos de forma saludable y el cuarto factor de riesgo de mortalidad en todo el mundo^{1,2}. Pese a que en Europa la desnutrición no es de los principales factores de riesgo de morbimortalidad en la población general, dicha enfermedad prevenible sigue afectando de forma muy especial a los pacientes hospitalizados, entre los que la prevalencia estimada es de un 10-85%³. En este grupo, en el que la incapacidad y la enfermedad son comunes, toma entidad propia bajo la denominación de desnutrición hospitalaria⁴.

A pesar de los importantes avances científico-técnicos, la desnutrición relacionada con la enfermedad sigue siendo un área sanitaria de interés relevante, por su elevada prevalencia y sus altos costes, ya que se estima que afecta a 30 millones de pacientes en toda Europa y cuesta unos 170 billones de euros anuales al sistema sanitario⁵. Estas cifras tan llamativas y con base en el Libro Blanco de la Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad⁶, han sido objeto de reflexiones en sesiones del Parlamento Europeo, que ha aprobado resoluciones por las que insta a la Comisión Europea a “adoptar un enfoque más holístico sobre la nutrición y la desnutrición, junto con la obesidad, una prioridad clave en el ámbito de la salud, incorporándolo siempre que sea posible en la Unión Europea financiando la investigación, la educación y la promoción de la salud y las iniciativas de colaboración a nivel de la Unión Europea” y a que los “Estados miembros, junto con las autoridades regionales y locales, utilicen los mecanismos de cooperación para mejorar el intercambio de buenas prácticas”, y ha pedido a la Comisión “ser proactiva en la elaboración de directrices y recomendaciones sobre la base de esas buenas prácticas”^{7,7}. Estas resoluciones se engloban dentro de la Estrategia “Together for Health: a Strategy 2008-2013”^{9,10}.

En junio de 2009, representantes de los ministerios de sanidad de los Estados miembros de la UE, la presidencia checa de la UE, médicos expertos, oficiales de sanidad, representantes de grupos de seguros de la salud, la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) y la Alianza de Salud Nutricional Europea (ENHA) proclamaron lo que se ha conocido en este ámbito como “Declaración de Praga”, en la que se afirma que “la desnutrición, incluida la desnutrición relacionada con la enfermedad, es un problema urgente de salud pública y de cuidados sanitarios en Europa” y que “deben tomarse las acciones apropiadas para prevenir la desnutrición porque afecta continuamente a la calidad de vida de los pacientes, causa morbilidad y mortalidad innecesarias y continúa socavando la eficacia de los sistemas sanitarios europeos”¹¹.

Todas estas consideraciones no escapan al interés de un importante grupo de profesionales sanitarios y gestores, que desde hace unos años trabajan en este campo con distintas iniciativas para mejorar los sistemas de información de los centros hospitalarios y los de control del gasto sanitario.

La realidad social nos recuerda que la práctica clínica cotidiana se realiza en un entorno de recursos escasos, y depende de todos los profesionales sanitarios su correcta administración. Diariamente se eligen, con base en la ciencia contemporánea, los métodos diagnós-

ticos y terapéuticos más adecuados para los pacientes que acuden a los centros sanitarios. En otras palabras, intentamos seguir una forma de hacer medicina conocida como “asistencia sanitaria basada en la evidencia”, concepto que intenta aunar el de “medicina basada en la evidencia” (MBE) –definido por David Sackett, su principal promotor, como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente”¹²⁻¹⁴– y el concepto de “medicina coste-efectiva” (MCE), cuya finalidad resulta en maximizar el bienestar del conjunto de los pacientes. Es evidente que la MBE hace referencia al beneficio individual del cada paciente en cuestión, independientemente del coste de la intervención diagnóstica o terapéutica, y en cambio el concepto de MCE hace referencia al beneficio para la comunidad¹⁵.

La realidad es que los distintos niveles de intervención en la gestión sanitaria –mega- (políticas sanitarias), meso- (gestión de los centros sanitarios) y micro- (gestión de las unidades o servicios)– hacen posible la integración de ambos conceptos para conseguir un equilibrio que se ve reflejado en el desarrollo de una actividad sanitaria eficiente, de calidad y justa. Conceptos como limitación de recursos, planificación, efectividad, calidad, producción hospitalaria, eficacia, eficiencia, evaluación de costes, etc., se identifican como terminología esencial en el desarrollo de la gestión sanitaria.

Sistemas de información hospitalaria

Uno de los aspectos de la gestión de un centro sanitario de mayor interés para los mesogestores y microgestores es conocer la producción de un centro o de sus servicios. La producción está directamente relacionada con la organización, los costes y la calidad del centro. Los servicios sanitarios son muy complejos y producen un gran número de bienes y servicios, algunos de fácil medición, como los procedimientos radiológicos o las pruebas de laboratorio, y otros de difícil cuantificación, como los cuidados médicos y de enfermería, los cuales son propios de cada paciente y son la finalidad misma del hospital y, por lo tanto, su producto final. Se puede decir que existen tantos productos como pacientes se ha tratado, de ahí la necesidad de clasificar o agrupar a los pacientes y unificar criterios en el proceso de cuidados.

Cualquier proceso de mejora precisa de un análisis previo de la situación de la realidad sanitaria, que deberá realizarse reflexionando sobre los datos de actividad conocidos o existentes. En este punto, los sistemas de información de actividad hospitalaria son esenciales, ya que no se puede olvidar que, a ojos de la administración, “lo que no se registra no existe”¹⁶. En este sentido, el registro de actividades toma una gran importancia y es trascendental desde el punto de vista epidemiológico y de la gestión económica.

Entre las herramientas más utilizadas en el ámbito de la mesogestión y la microgestión (o gestión clínica), se incluyen los sistemas de información de la actividad hospitalaria. El Conjunto Mínimo de Base de Datos Hospitalario (CMBDH), los sistemas de codificación y clasificación de pacientes (tabla 1), los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y la contabilidad constituyen una excepcional fuente de información^{17,18}. Los datos obtenidos de cada uno de dichos sistemas se retroalimentan entre ellos, de tal manera que la información de la codificación resulta esencial en el CMBDH, y a su vez ésta es esencial para construir los GRD.

Tabla 1

Algunos sistemas de clasificación de pacientes utilizados por los sistemas de información hospitalaria

Sistema de clasificación	Criterios unificadores
CIE-9-MC	ISO-enfermedad
Disease Staging	ISO-enfermedad
Patient Management Categories (PMC)	ISO-enfermedad
AS score	ISO-severidad
APACHE	ISO-severidad
Patient Severity Index (PSI)	ISO-severidad
Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)	ISO-recurso

Conjunto Mínimo de Bases de Datos Hospitalario

El CMBDH es un sistema de almacenamiento de información de los centros hospitalarios que recoge un conjunto de datos clínicos y administrativos de cada episodio de hospitalización. La información del CMBDH la aporta el médico que ha tratado al paciente a través de la información que debe constar en el informe de alta y en la historia clínica. En la tabla 2 se recogen todos los datos que constituyen la información almacenada en el CMBDH. Para la clasificación correcta de pacientes con relación al consumo de recursos, de todos esos datos son esenciales: la fecha de nacimiento, el sexo, el diagnóstico principal, otros diagnósticos (diagnósticos secundarios), procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos, y otros procedimientos.

El diagnóstico principal y los otros diagnósticos, así como todos los procedimientos, se codificarán siguiendo la última edición en uso de los codificadores del SNS, los cuales están basados en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (CIE-9-MC)¹⁹. La desnutrición puede ser uno de los diagnósticos principales, aunque es más frecuente que nos refiramos a ella como diagnóstico secundario. Asimismo, no debemos olvidar que en este grupo de codificadores se encuentra la mayoría de los procedimientos llevados a cabo por la unidad de nutrición clínica y dietética (UNCyD), como son las técnicas de nutrición enteral y/o nutrición parenteral, que deben ser igualmente codificados.

Para tener datos de calidad que puedan servir para realizar comparaciones, es de vital importancia establecer unos criterios homogéneos en la selección y el registro de la información. El médico es especialmente responsable de la calidad de las variables clínicas (diagnósticos y procedimientos) y, sobre todo, del diagnóstico principal y la eficacia de este sistema de información.

La calidad de los datos del CMBDH es fundamental para obtener el máximo de información relevante aplicable a diversos objetivos de interés para los médicos, así como para la interpretación de las estadísticas sobre el consumo de recursos de un centro hospitalario. Podríamos decir que los tres aspectos más importantes para la elaboración de un CMBDH son: la selección de un diagnóstico principal, la minuciosidad en el registro de los diagnósticos y la precisión en la descripción de los diagnósticos y procedimientos (teniendo en cuenta siempre los procedimientos de soporte nutricional en el caso que nos ocupa). Dichos datos permiten clasificar mejor a los pacientes y agruparlos considerando el hipotético consumo de recursos.

Codificación de la desnutrición hospitalaria

El proceso de codificación es una manera de indizar la información clínica que contienen las historias clínicas para facilitar su almacenamiento y su recuperación. A mediados del siglo xx se desarrolló en Estados Unidos la Clasificación Internacional de Enfermedades 9 (CIE-9)²⁰, como adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades Adaptada para su utilización en Estados Unidos (ICDA-8) y de la Adaptación para Hospitales de ICDA (H-ICDA). La edición de dichas clasificaciones se realizó con la intención de servir de base para clasificar los datos de morbilidad recogidos con fines estadísticos, y para la clasificación de historias clínicas por enfermeda-

Tabla 2

Datos del Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBDH)

Variables administrativas	Variables clínicas
Identificación del hospital	Diagnóstico principal*
Número de historias clínicas	Diagnósticos secundarios*
Número de asistencias	Procedimientos quirúrgicos y obstétricos*
Fecha de nacimiento*	Otros procedimientos (NE, NP, PEG, etc.)*
Sexo*	Peso de recién nacido*
Residencia	
Fechas de ingreso y alta	
Fechas de intervenciones	
Circunstancias del ingreso/alta*	
Médico o servicio	

NE: nutrición enteral; NP: nutrición parenteral; PEG: gastrostomía endoscópica percutánea.

*Los datos así resaltados confieren significación en la clasificación y agrupamiento para la asignación a un GRD determinado.

des y operaciones, con el objeto de facilitar el almacenamiento y la recuperación de dichos datos²⁰.

Han existido varias versiones de este documento para actualizar la información contenida. Así, la última de las versiones en uso en todos los hospitales es la denominada CIE-9-MC¹⁹. Se trata de una modificación clínica de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente, en España ya se está trabajando en la adaptación a los nuevos codificadores establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades correspondiente a la décima edición (CIE-10)^{21,22}.

El procedimiento de la codificación de cada episodio asistencial está rigurosamente establecido. Éste debe comenzar con la indización, que consiste en identificar el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los procedimientos²³. El documento primario preferente para la indización de la historia clínica para el CMBDH es el informe de alta, siempre que ambos (informe de alta e historia clínica) sean coherentes entre sí. Cuando se estime que el informe de alta es incompleto, subsidiariamente se tendrá en cuenta, por orden de prioridad, los siguientes documentos de la historia clínica:

- Hoja de anamnesis.
- Hoja operatoria.
- Informe anatomopatológico.
- Informe de asistencia urgente.
- Observaciones de enfermería.
- Otros documentos.

El codificador debe extraer de los informes de alta los elementos sustanciales:

- Diagnóstico principal.
- Diagnósticos secundarios.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Procedimientos no quirúrgicos.

Se entiende por diagnóstico principal la afección que, después del estudio necesario y a criterio del facultativo responsable del paciente, fue la causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes, que se consignarán como diagnósticos secundarios. Éstos, por lo tanto, son los diagnósticos que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso o se produzcan durante la estancia hospitalaria e influyan en la duración de ésta o en el tratamiento administrado. Los procedimientos quirúrgicos son los que se realizan en un quirófano o sala de partos y se considera procedimientos no quirúrgicos a las pruebas que se realizan a un paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Es fácil entender así que la desnutrición hospitalaria, en la mayoría de los casos, sea uno de los diagnósticos secundarios de mayor interés por su influencia en la evolución de la enfermedad de base y por el tratamiento que implica. En este contexto, las medidas de soporte nutricional especializado son procedimientos no quirúrgicos. Las hojas de registro de las unidades de nutrición, que forman parte de la historia clínica, se constituyen como información relevante de consulta en los casos en que el informe de alta no recoja el diagnóstico de desnutrición. En caso de que se cuente con una historia electrónica, se deberá tener en consideración algún sistema de registro universal automático que permita conocer el estado nutricional de los pacientes y sea capaz de volcar los datos en la hoja final del informe de alta.

En 2004, tras el desarrollo del II Foro de debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria, se creó un Grupo de Trabajo de Documentación formado por miembros de SENPE y de SEDOM²⁴.

Uno de los objetivos de trabajo del grupo SENPE-SEDOM fue analizar minuciosamente los conceptos establecidos como definitorios de la desnutrición en la CIE-9-MC. El porqué de dicha preocupación estribaba en que la CIE-9-MC, siendo la herramienta universal utilizada en la clasificación de diagnósticos y procedimientos que nos permite hablar un lenguaje universal en el mundo sanitario, en el caso concreto de la desnutrición tiene adscritos los principales códigos de desnutrición proteica (Kwashiorkor), calórica (Marasmo) o mixta con los criterios de definición de desnutrición, los cuales históricamente se han definido en el grupo de edad pediátrica en los países menos desarrollados sin considerar específicamente el caso de la desnutrición hospitalaria del adulto.

Esta circunstancia dificulta conseguir una información veraz, reflejo de la realidad asistencial de los centros hospitalarios, ya que los enfermos adultos o niños del mundo occidental que presentan como diagnóstico secundario la desnutrición en sus diferentes grados de gravedad deberían recibir algunos de estos códigos, que no se ajustan a su realidad clínica. Por ejemplo, un individuo previamente sano puede sufrir tras un evento agudo grave durante su ingreso una desnutrición aguda proteica que debería ser codificada como tal, según la CIE-9, asignándole el código 260 (Kwashiorkor) o probablemente mejor el 262 (Otras desnutriciones proteicocalóricas graves); sin embargo, con la actual definición y según criterio de los clínicos, ninguno de los dos es capaz de ajustarse a esta manifestación clínica de una manera que se pueda considerar adecuada (tabla 3).

Es verdad que no existe una definición de desnutrición universalmente aceptada, y probablemente esto haya contribuido a mantener ciertas dificultades en la interpretación de los códigos, pero los acuerdos en las definiciones y la aclaración de estos términos es una necesidad que ha ido creciendo en el seno de la nutrición hospitalaria

y varios grupos de profesionales llevan años detectando. En este sentido se puede citar algunos artículos de la literatura científica internacional con propuestas para el cambio de la nomenclatura, con la intención de conseguir adaptar los textos de codificación a la realidad cotidiana de los centros sanitarios^{25,26}.

El Grupo de Trabajo de Documentación elaboró el Documento SENPE-SEDOM de Codificación de la Desnutrición Hospitalaria²⁷. El interés de este documento estriba en identificar y unificar los conceptos definitorios de desnutrición en el ámbito hospitalario y sus tipos y grados. Tras varios meses de trabajo, miembros de SENPE y de SEDOM hicieron públicas sus conclusiones en un documento de consenso que fue difundido por los órganos de expresión de ambas sociedades científicas, adoptando como documento base de instrucciones en la codificación de la desnutrición hospitalaria el documento publicado por la Oficina Técnica de la CIE-9 del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSyPS)²⁸.

En dichos documentos^{27,28} se recogen las definiciones y codificaciones consensuadas para los distintos tipos y grados de desnutrición hospitalaria con que se diagnostica en la práctica clínica habitual en España (tablas 4 y 5).

En el grupo de trabajo SENPE-SEDOM se aprobó, a propuesta de los documentalistas, que la metodología de codificación de la desnutrición respetase los siguientes criterios²⁷:

Tabla 4

Consenso en la definición de tipos de desnutrición

Desnutrición calórica (equivalencia: Marasmo)	Desnutrición crónica causada por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes. Se produce una disminución de peso importante, caracterizada por pérdida de tejido adiposo y en menor cuantía de masa muscular, 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
Desnutrición proteica o predominantemente proteica (equivalencia: Kwashiorkor)	Asimilada en los países desarrollados al concepto de desnutrición aguda por estrés que aparece cuando hay disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos en infecciones graves, politraumatismos, cirugía mayor y otros. El pániculo adiposo está preservado, y la pérdida es fundamentalmente proteica, principalmente visceral. Los parámetros antropométricos pueden estar en los límites normales con escasez de proteínas viscerales
Desnutrición mixta	Desnutrición proteicocalórica grave o Kwashiorkor-marasmático, que mezcla las características de los dos cuadros anteriores, disminuye las masas magra y grasa y las proteínas viscerales. Aparece en pacientes con desnutrición crónica previa de 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 pérdida aumentada. Generalmente se asocia a alguno de los tipos anteriores

Tabla 3

Codificación de la desnutrición por la CIE-9-MC

260.	Kwashiorkor	Edema nutritivo con despigmentación de la piel y el pelo
261.	Marasmo nutritivo	Atrofia nutritiva. Carencia calórica grave. Desnutrición grave
262.	Otras desnutriciones proteicocalóricas 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 proteicocalórica	Enanismo nutritivo Retraso físico por desnutrición
263.8.	Otras desnutriciones proteicocalóricas	
263.9.	Desnutrición proteicocalórica no especificada	Distrofia por desnutrición Desnutrición (calórica) NEOM Excluye carencia nutritiva NEOM (269.9)

Tabla 5

Valores de parámetros diagnósticos del grado de desnutrición

	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 en tiempo determinado (%)				
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
Proteína unida al retinol (mg/dl)	2,6-7	2-2,6	1,5-2	< 1,5
Balance nitrogenado	≥ +2 a +4	+2 a 0	0 a -5	> -5
Linfocitos (células/μl)	> 2.000	1.200-2.000	800-1.200	< 800
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	< 100
Valoración subjetiva general	A	B	C	C

1. Constatación documental. Para la asignación de un código de desnutrición será necesario un diagnóstico establecido, con su reflejo documental correspondiente.
2. Fuente documental. La fuente documental preferente será el informe de alta. Se considerará también válida la consignación, por el médico responsable, la unidad de nutrición clínica y dietética o el equipo de soporte nutricional, del diagnóstico de desnutrición en la historia clínica, independientemente del soporte (digital o en papel). Se debe diferenciar paciente en riesgo de desnutrición derivado de los métodos de cribado nutricional del diagnóstico cierto de desnutrición.
3. Diferentes estadios. Cuando en un mismo episodio el paciente pase por diferentes grados de desnutrición, se recogerá el más grave que haya padecido.
4. Procedimientos de soporte nutricional artificial. 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 de éste y, en caso contrario, se registrarán sólo los códigos de procedimiento. El soporte nutricional artificial debe ser > 1.000 kcal/día para tomarlo en consideración a la hora de codificar.
5. Pautas que seguir en la codificación. Si tenemos en consideración las pautas generales de codificación descritas previamente, tras identificar el término clave del diagnóstico secundario (desnutrición), lo localizaremos en el índice alfabético y, fijándonos bien en todas las instrucciones, acudiremos a la lista tabular para seleccionar el código que mejor define el diagnóstico teniendo en cuenta las categorías y subcategorías. De esta forma lo encontramos en la CIE-9-MC:

Desnutrición (calórica) 263.9.
 – Abandono.
 – Grado.
 – – Grave 261.
 – – – Proteinocalórica 262.
 – – Leve 263.1.
 – – Moderada 263.0.
 – – Primero 263.1.
 – – Segundo 263.0.

- Tercero 262.
- Grave 261.
- – Proteinocalórica NCOC 262.
- Leve 263.1.
- Maligna 260.
- Moderada 263.0.
- Proteinica 260.
- Proteinocalórica 263.9.
- – Grave 262.
- Tipo especificado NCOC 263.8.

Los acuerdos SENPE-SEDOM han permitido identificar, categorizar y codificar los distintos tipos y grados de desnutrición existentes en la CIE-9-MC, lo que facilita al codificador la asignación de códigos de definiciones, tipos y grados de desnutrición aceptados de forma consensuada por clínicos y documentalistas, de tal manera que la asignación de códigos consensuados en la actualidad es la siguiente:

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 reflejarán los soportes > 1.000 kcal/día.

Es evidente que algunos procedimientos, como por ejemplo el uso de suplementos orales, no se incluyen como procedimientos que se pueda codificar. Conocer esta circunstancia es importante en el análisis final de la información del uso del soporte nutricional especializado del centro hospitalario.

Desde la difusión de esta información entre los codificadores de todo el territorio nacional español y la publicación oficial del Documento de Consenso SENPE-SEDOM en el boletín de junio de 2008 por la Oficina Técnica de la CIE-9-MC del MSyPS²⁸, el registro de códigos ha seguido las pautas acordadas y ha facilitado claramente el ejercicio de codificación. Además ha permitido sensibilizar tanto a clínicos como a codificadores en el interés por recavar esta información, y se ha conseguido aumentar los registros de desnutrición y procedimientos codificados, así como la asignación de códigos numéricos más específicos²⁹.

Grupos Relacionados con el Diagnóstico

Los GRD (en inglés, *Diagnostic Related Groups*) se constituyen como otro sistema de clasificación de episodios de hospitalización en que el criterio de clasificación es el consumo de recursos y se espera

que se dé un agrupamiento de los pacientes que han tenido un proceso de cuidados hospitalarios parecidos³⁰.

Los GRD fueron desarrollados a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale para analizar la calidad de la asistencia sanitaria y la utilización de servicios hospitalarios. En la década de los setenta fueron introducidos en New Jersey como sistema de pago prospectivo a los centros sanitarios³¹ y finalmente se implantaron en todo Estados Unidos a finales de 1982, con la modificación de los límites de reembolso de gastos hospitalarios del sistema Medicare por la Tax Equity and Fiscal Responsibility Act³². Posteriormente, se vio la posibilidad de aplicar los GRD para el pago prospectivo más allá del sistema Medicare, por lo que, en 1987, el Departamento de Salud de New York realizó modificaciones de los GRD, incluyendo a neonatos y pacientes infectados con el VIH, con lo que se logró la clasificación All-Patient Refined Diagnostic-Related Groups (APR-DRG). En los últimos años se han venido realizando diferentes cambios de esta clasificación, hasta que se llegó a los 617 GRD de la versión 10.0 de los AP-GRD. Actualmente se emplea la versión 21.0³³.

Este sistema de clasificación ha sido incorporado como una herramienta esencial de la gestión sanitaria para determinar la financiación de los hospitales, ya que se asume que la casuística de un centro sanitario es el principal origen de sus costes, frente al cálculo que se hacía según el número de camas del centro o que se tratase de un centro docente³⁴.

De ahí que este sistema de clasificación por GRD se emplee en la actualidad en Estados Unidos, Australia, Canadá y muchos países europeos para: a) calcular las necesidades de financiación de los centros; b) realizar ajustes en la gestión interna de los centros en función de la actividad desarrollada por cada Grupo Funcional Homógeno, y c) realizar comparaciones sobre la actividad desarrollada en distintos centros y servicios en todo el país y su calidad (mortalidad, efectos adversos, etc.)³⁵.

Si bien es verdad que para construir un GRD se necesita conocer los costes y el tipo de patología, la agrupación no se realiza por costes similares o por patología similares de forma independiente, sino que los grupos se establecen en cuanto a las características patológicas y de consumo de recursos similares.

Para que este tipo de herramienta resulte útil, se debe respetar cuatro condiciones básicas:

1. Que la información utilizada para realizar la clasificación sea de fácil acceso mediante los sistemas habituales de información del centro hospitalario (informes de alta de calidad, datos de la tarjeta sanitaria, etc.).
2. Que el número de grupos del sistema GRD sea adecuado. No es adecuado tener tan pocos grupos que no sea útil para diferenciar casos de distinto consumo de recursos ni tan numerosos que no sea manejable por los servicios de documentación y no incluyan el número de altas necesario para poder hacer comparaciones entre distintos centros o servicios.
3. Que las altas a las que se asigne un grupo concreto sean similares desde el punto de vista clínico, para que la información que proporciona su empleo pueda ser de utilidad para los médicos. Por ello, la clasificación se establece por aparatos y sistemas, y aunque dos afecciones de distintas localizaciones generen similar consumo de recursos, se las incluye en grupos distintos y procedimientos quirúrgicos de distinta naturaleza, por lo que no es razonable, desde el punto de vista clínico, que estén en el mismo grupo.
4. Que los casos incluidos en cada grupo tengan un consumo de recursos similar en la mayoría de las ocasiones. Pese a que siempre habrá casos de mayor o menor consumo y ninguno tendrá un consumo idéntico al de otro, el consumo medio de recursos del grupo sí que puede establecerse. Además de que los casos sean similares en cuanto a la enfermedad y su localización, se debe tener en consideración que se hayan producido complicaciones o no, dado que este hecho supone un mayor consumo de recursos.

Aunque cada caso es distinto, hay grupos de pacientes que tienen en común las características demográficas (edad), diagnósticas (diagnósticos principales frente a secundarios) y terapéuticas/diagnósticas (procedimientos) que definen cada GRD. Por lo tanto, la asignación de un episodio de hospitalización a un GRD concreto se hace en función del diagnóstico principal que condiciona su asignación a una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) (tabla 6), con una jerarquización de las condiciones clínicas según se den ciertas condiciones (p. ej., neonato, trasplante o traqueostomía), y en esos casos se asigna una CDM o un GRD concretos por ser los casos que más consumo de recursos generan y considerando si no se dan esas circunstancias.

Cada GRD tiene un peso relativo (PR) que expresa cómo la diferente complejidad repercute en el gasto. Es muy importante saber que el diagnóstico de desnutrición y los procedimientos terapéuticos como la nutrición enteral y parenteral pueden modificar la agrupación de pacientes en GRD con mayor complejidad.

Cuando un paciente desnutrido o en riesgo de desnutrición es atendido en los centros sanitarios, es sometido a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, como la nutrición enteral o la parenteral, que implican un consumo de recursos. Si en el informe de alta del paciente no aparecieran los diagnósticos ni los procedimientos, aunque el consumo de los recursos ya se habría hecho, el centro no podría justificar el gasto y resultaría en que es un centro poco eficiente.

En la actualidad, se pretende que la financiación de los centros hospitalarios se realice mediante un ajuste en la cuenta de ingresos y gastos, utilizando una tarifa negociada que se ha acordado llamar Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH) o tarifa de UCH³⁶. Para poder entender mejor la importancia que tiene en la financiación del centro un buen sistema de información con una codificación minuciosa que se relacione con unos GRD correctos, pondremos un ejemplo práctico:

Supongamos que un servicio de neumología de un centro hospitalario ha atendido a 200 pacientes con diagnóstico de EPOC, y se sabe que ha gastado 425.600 euros/año al tratar a estos pacientes. Si a los 200 episodios de hospitalización, según datos recogidos en su CMBDH, se les asigna el GRD 88, su peso será de 1,24 y el total de la casuística tendrá un peso de 242. Pero si el GRD asignado es el 540 (EPOC con infección respiratoria o EPOC con desnutrición), su peso es

Tabla 6

Categorías diagnósticas mayores de los GRD

1. Enfermedades y trastornos del sistema nervioso
2. Enfermedades y trastornos del ojo
3. Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta
4. Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio
5. Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
6. Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
7. Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas
8. Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo
9. Enfermedades y trastornos de la piel, del tejido subcutáneo y de la mama
10. Enfermedades y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos
11. Enfermedades y trastornos del riñón y las vías urinarias
12. Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino
13. Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino
14. Embarazo, parto y puerperio
15. Recién nacidos y cuadros del período perinatal
16. Enfermedades y trastornos de la sangre, del sistema hematopoyético y del sistema inmunitario
17. Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
18. Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistémicas o afectación no especificada)
19. Enfermedades o trastornos mentales
20. Consumo de alcohol o drogas y trastornos orgánicos mentales inducidos por alcohol o drogas
21. Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de las drogas
22. Quemaduras
23. Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con servicios sanitarios
24. Infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana
25. Politraumatismos severos

mayor (2,46) y el total de la casuística tendrá un peso de 492. Estos datos permitirían establecer una UCH de 1.758 euros para cada GRD 88 y 865 euros para cada GRD 540. Imaginémoslos que nuestros gerentes hospitalarios han pactado con sus superiores jerárquicos en la Consejería de Sanidad correspondiente una tarifa fija de 1.300 euros. Pues bien, dependiendo de qué información manejemos, GRD 88 y UCH de 1.758 euros o GRD 540 y UCH de 865 euros, puede ser un servicio de neumología ineficiente o eficiente respectivamente³⁶. Esto es lo mismo que decir que, ante una tarifa de UCH pactada, la falta de una información veraz modifica la rentabilidad económica de la asistencia.

De ahí la importancia de unos sistemas de información eficaces y un equipo de clínicos y documentalistas responsables y conocedores de la relevancia que tiene una información minuciosa en el ámbito de la gestión sanitaria³⁷.

Consideraciones finales

La desnutrición relacionada con la enfermedad en el ámbito hospitalario ha captado el interés de los gestores sanitarios por su elevada prevalencia y sus altos costes. Los sistemas de información hospitalaria son imprescindibles para una correcta racionalización de los recursos. La codificación se ha convertido en una herramienta de gran valor en este ámbito, imprescindible para acercar el gasto al coste real de la desnutrición en los centros hospitalarios.

La SENPE, con las aportaciones de sus profesionales, ha contribuido, junto con los de la SEDOM, al desarrollo del documento de consenso sobre las definiciones de la Desnutrición Hospitalaria que permiten su interpretación en la CIE-9-MC y su aceptación, por la Oficina Técnica de la CIE-9-MC del MSyPS de España²⁸, implementando el registro de la información en esta materia en todo el territorio nacional. Actuaciones como éstas permiten entender la relevancia y el impacto que tiene el trabajo en equipo cuando se hace en el ámbito de una sociedad científica como la SENPE.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Blössner M, De Onis M. Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels. WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 12. Geneva: World Health Organization; 2005.
- World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
- García PP, Romero H. Desnutrición hospitalaria en pacientes adultos en España. En: Ulibarri JJ, García de Lorenzo A, García PP, Marsé P, Plana M, editores. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Madrid: SENPE; 2004.
- Ocón J, Celaya S. Implicaciones clínicas de la desnutrición hospitalaria. En: Ulibarri JJ, García de Lorenzo A, García PP, Marsé P, Plana M, editores. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Madrid: SENPE; 2004.
- European Society Parenteral Enteral Nutrition, Medical Nutrition International Industry y The European Nutrition for Health Alliance [comunicación personal]. Madrid: ESPEN; 2009.
- Libro Blanco de la Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. COM(2007) 279 final. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2007.
- Informe sobre el Libro Blanco "Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad" (2007/2285(INI)), (A6-0256/2008). Documento de sesión del Parlamento Europeo; 2008.
- Alimentación, sobrepeso y obesidad. Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de septiembre de 2008, sobre el Libro Blanco: Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad [2007/2285(INI)], (2010/C 8 E/18). Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) C8, E/97-105; 2010.
- Ulibarri JJ, García de Lorenzo A, García PP, Marsé P, Plana M, editores. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Madrid: SENPE; 2004.
- Clavete Oliva A. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:271-81.
- Planas M. Declaración de Praga. Nutr Hosp. 2009;24:622-3.
- Sackett DL, Rosenberg WM. On the need for evidence-based medicine. Health Econ. 1995;4:249-54.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.
- Sackett D, Richrason WS, Rodenberg W, Haylins RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
- Del Llano JE, Oliva J. Medicina coste-efectiva y medicina basada en la evidencia: su impacto en el proceso de decisiones clínicas. Med Clin (Barc). 2000;114:34-41.
- Álvarez J, García de Lorenzo A. Codificación de la desnutrición hospitalaria: la vigencia de una frase. Nutr Hosp. 2008;23:529-30.
- De Sancho JJ, De Asís F, Cortés M. Gestión clínica en los centros del INSALUD. Madrid: INSALUD; 2001.
- Luenzo LM, Álvarez J. Herramientas de gestión clínica: sistemas de información aplicados a la nutrición clínica. En: Álvarez J, García Luna PP, editores. Gestión en nutrición clínica. Barcelona: Glosa; 2009. p. 125-41.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Clasificación Internacional de Enfermedades-9.^a revisión-Modificación Clínica. Edición electrónica (eCIE-9-MC). Versión 3.0.1. Disponible en: <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center For Health Statistics (NCHS) [sede web]. Classification of diseases, functioning, and disability: International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9); 1979-98. 2010.
- World Health Organization [sede web]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. 2007. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Jornada técnica sobre CIE-10. Informe de resumen y conclusiones. Septiembre, 2009. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/pdf/Conclusiones_jornada_tecnica_CIE10.pdf
- Conejo C, Fernández E, López A, Martínez A, Del Río J, Rodríguez C. Normativa: manual del usuario. Norma para la codificación. 4.^a ed. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web] [citado 23 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/instrucNorma.htm>
- García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo MV. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre Desnutrición Hospitalaria. Nutr Hosp. 2005;XX:82-7.
- Swails WS, Samour PQ, Babineau TJ, Bristian BR. A proposed revision of current ICD-9-CM malnutrition code definitions. J Am Diet Assoc. 1996;96:370-3.
- Fouque D, Kalantar-Zadeh K, Kopple J, Cano N, Chaveau P, Cuppan L, et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease. Kidney Int. 2008;73:391-8.
- Álvarez J, Del Río J, Planas M, García P, García A, Calvo V, et al; Grupo de Documentación de SENPE-SEDOM. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2008;23:536-40.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Complicaciones de Cirugía y Cuidados Médicos: Codificación de la Desnutrición Hospitalaria. Boletín n.º 29. Junio, 2008.
- Del Río J, Bernal O, Conejo C, Martínez A, Geribés MT, Fernández E. Registro de Desnutrición en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Sistema Nacional de Salud (2003-2007). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía [sede web] [citado 23 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/opencms/opencms/es/hospital/areaSistema-sInfoYEval/unidades/nutricion/index.html>
- Álvarez J, Monereo S, Ortiz P, Salido C. Gestión en nutrición clínica. Nutr Hosp. 2004;XIX:125-34.
- Hsiao WC, Sapolsky HM, Dunn DL, Weiner SL. Lessons of the New Jersey DRG payment system. Health Aff (Millwood). 1986;5:32-45.
- Iglehart JK. Medicare begins prospective payment of hospitals. N Engl J Med. 1983;308:1428-32.
- Yetano J, López G, Guajardo J, Pérez A, Barriola M. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico All Patients versión 21.0. Análisis de los cambios con respecto a la versión 18.0 y descripción de los nuevos grupos. Papeles Médicos. 2007;16:6-13.
- Pellisé L. Sistemas de pago óptimos en el sector sanitario. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gene J, editores. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 2000. p. 49-63.
- Lezzoni LI. Assessing quality using administrative data. Ann Intern Med. 1997;127:666-74.
- Álvarez J, Peláez N, Muñoz A. Impacto del diagnóstico de desnutrición y el soporte nutricional en los grupos relacionados con el diagnóstico. ¿Merece la pena? Endocrinol Nutr. 2007;54 Supl 2:61-7.
- Villalobos JL, Del Río J, García Almedia JM, 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. Nutr Hosp. 2006;21 Supl 1:22.