



Grupo de Trabajo SENPE

Revisión y actualización del documento de consenso SENPE-SEDOM-SEEN sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria

Review and update of the SENPE-SEDOM-SEEN consensus document on the coding of hospital malnutrition

José Antonio Irlés Rocamora^{1,13}, José-Joaquín Alfaro-Martínez^{2,13,14}, Paula Asensio Villahoz^{3,15}, María Dolores Ballesteros Pomar^{4,13,14}, Rosa Burgos Peláez^{5,13}, Celia Gallego Díaz^{6,15}, Tomás Martín Folgueras^{7,13,14}, Viviana Pulgar Perera^{8,15}, Cristina Velasco Gimeno^{9,13}, Ana Zugasti Murillo^{10,14}, Ángel Luis Abad-González¹¹, Julia Álvarez Hernández^{12,13,14}; en representación de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE)¹³, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)¹⁴ y Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)¹⁵

¹Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Gerencia de Atención Integrada. Albacete. ³Sistemas de Información para la Gestión. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ⁵Unidad de Soporte Nutricional. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁸Dirección General de Salud Digital. Sanidad de Castilla y León. Valladolid. ⁹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁰Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ¹¹Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante. ¹²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Resumen

El concepto de “desnutrición relacionada con la enfermedad” (DRE) dista mucho del concepto de la malnutrición diagnosticada clásicamente en salud pública, que se encuentra determinada por factores sociodemográficos. En el año 2008, la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) y la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) publicaron un consenso definiendo de una forma más precisa los tipos de desnutrición atendidas en los hospitales y su correspondiente codificación. Los cambios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la evolución de la información clínica, pone de manifiesto la necesidad de revisar y actualizar dicho consenso para establecer nuevos criterios que sirvan de guía en el registro y codificación de los diagnósticos de desnutrición en el ámbito de la atención hospitalaria. Este consenso puede facilitar el trabajo tanto de clínicos como de codificadores y mejorar la visibilidad de la DRE, mediante una adaptación de los diagnósticos clínicos de desnutrición basados en los criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) propuestos por las sociedades científicas a los códigos actuales propuestos por la CIE-10-ES.

El presente documento refleja el nuevo consenso de las sociedades SENPE, SEEN y SEDOM, y se refiere a la codificación de la DRE, otros diagnósticos nutricionales y procedimientos del tratamiento médico nutricional, expone los criterios de codificación y propone sugerencias para mejorar la codificación a nivel hospitalario.

Palabras clave:

Desnutrición. Hospital.
Codificación clínica.
Clasificación Internacional de Enfermedades.
Sociedades científicas.

Recibido: 09/07/2024 • Aceptado: 17/09/2024

Miembros del Grupo de Gestión de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) en el momento de la elaboración del documento: Ángel Luis Abad González, José Joaquín Alfaro Martínez, Julia Álvarez Hernández, María Ballesteros Pomar, Néstor Benítez Brito, Rosa Burgos Peláez, Pedro Pablo García Luna, José Antonio Irlés Rocamora, Luis Miguel Luengo Pérez, Tomás Martín Folgueras, Carlos Sánchez Juan, Hego Seguro Gurruchaga, Cristina Velasco Gimeno, Alfonso Vidal Casariego.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Irlés Rocamora JA, Alfaro-Martínez J-J, Asensio Villahoz P, Ballesteros Pomar MD, Burgos Peláez R, Gallego Díaz C, Martín Folgueras T, Pulgar Perera V, Velasco Gimeno C, Zugasti Murillo A, Abad-González AL, Álvarez Hernández J; en representación de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM). Revisión y actualización del documento de consenso SENPE-SEDOM-SEEN sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2024;41(6):1307-1314
DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05419>

Correspondencia:

Ángel Luis Abad-González. Sección Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Av. Pintor Baeza, 12. 03010 Alicante
e-mail: angeluis1024@gmail.com

Abstract

The concept of "disease related malnutrition" (DRM) is far from the concept of malnutrition classically diagnosed in public health, which is determined by socio-demographic factors. In 2008, the Spanish Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SENPE) and the Spanish Society of Medical Documentation (SEDOM) published a consensus defining more precisely the types of malnutrition seen in hospitals and their corresponding coding. Changes in the International Classification of Diseases (ICD) and the evolution of clinical information have made it necessary to revise and update this consensus in order to establish new criteria to guide the recording and coding of diagnoses of malnutrition in the field of hospital care, thus facilitating the work of both clinicians and coders and improving the visibility of DRE, by adapting from the clinical diagnoses of undernutrition based on the GLIM criteria (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) proposed by the scientific societies to the current codes proposed by ICD-10-ES.

This document reflects the new consensus of the SENPE, SEEN and SEDOM societies, and refers to the coding of DRE, other nutritional diagnoses and medical nutritional treatment procedures, sets out the coding criteria and proposes suggestions to improve coding at the hospital level.

Keywords:

Malnutrition. Hospitals. Clinical coding. International Classification of Diseases. Scientific societies.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El concepto de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) dista mucho del concepto de la malnutrición diagnosticada clásicamente en la salud pública, que se encuentra determinada, en gran parte, por factores sociodemográficos. En el ámbito hospitalario, el déficit nutricional es consecuencia de diferentes circunstancias relacionadas con la patología del paciente y con la respuesta inflamatoria, que pueden alterar el consumo y los requerimientos de nutrientes. Este déficit nutricional constituye una entidad clínica que se debe discriminar por sí sola, independientemente de la patología o del cuadro nosológico relacionado que la originó y que debe constar en la documentación del episodio asistencial por su repercusión en la atención del paciente.

La codificación clínica es el proceso mediante el cual la información clínica recogida en la documentación clínica o la historia clínica con lenguaje natural se convierte en un lenguaje estandarizado y normalizado, generalmente basado en la asignación de códigos. De esta forma, la codificación clínica permite unificar y homogeneizar el lenguaje médico, los diagnósticos y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, haciendo posible su tratamiento y comparación para diversos fines. Se trata pues de una transformación a un lenguaje universal.

Las áreas de Documentación y de Sistemas de Información y Control de Gestión de los hospitales trabajan con bases de datos médicas que requieren el uso de nomenclaturas o terminologías en la que se identifiquen los diagnósticos que motivan la hospitalización, las comorbilidades presentes en el momento del ingreso, las complicaciones que pudieran presentarse y los procedimientos médicos/quirúrgicos realizados durante la estancia.

En el año 2004, la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (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. Dicho acuerdo se materializó en un consenso publicado en 2008, cuyo principal objetivo fue sensibilizar a los médicos responsables para que incluyeran el diagnóstico de desnutrición y los procedimientos con ella relacionados en los informes de alta, y establecer criterios comunes de codificación en la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en ese momento, la CIE-9-MC (1).

Este consenso dio un impulso importante que se vio reflejado en las estadísticas de morbilidad. Al revisar la serie histórica del Con-

junto Mínimo Básico de Datos (CMBD) desde 1997, se observa a partir del año 2008 el aumento progresivo del número de altas hospitalarias que incluyen diagnósticos principales o secundarios de la categoría de "Carencias nutricionales", sobre todo en los hospitales de entre 100 y 200 camas. Con relación a los procedimientos, por el contrario, se observó una estabilización del registro en las altas hospitalarias.

En España, a partir de año 2016, se debe comenzar a utilizar para la codificación clínica, tanto de los diagnósticos como de los procedimientos, una nueva Clasificación Internacional de Enfermedades, la CIE-10 ES (2). El cambio de la CIE-9-MC a la CIE-10-ES coincide con un menor número de altas codificadas bajo esta categoría, probablemente justificado por la curva de aprendizaje y la adaptación de las unidades de codificación al nuevo sistema, mucho más complejo que el anterior, especialmente en los hospitales de más de 1000 camas. Sin embargo, el Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD), según establece el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, antes CMBD, refleja la recuperación constante de los datos hasta el año 2020, incluso en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Fig. 1).

Además de los cambios de la CIE, la evolución de la información clínica pone de manifiesto la necesidad de revisar y actualizar el consenso de 2008 para establecer nuevos criterios que sirvan de guía en el registro y codificación de los diagnósticos de desnutrición en el ámbito de la atención hospitalaria. Aunque en el momento actual se está evolucionando hacia la CIE-11 y existen propuestas de sociedades científicas como la ESPEN para adecuar el diagnóstico de malnutrición (3,4), se requiere una adaptación desde los diagnósticos clínicos de desnutrición basados en los criterios GLIM propuestos por las sociedades científicas (5,6) a los códigos actuales propuestos por la CIE-10-ES para facilitar el trabajo tanto de los clínicos como de los codificadores y mejorar la visibilidad de la DRE.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Revisar el acuerdo realizado por la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo y la Sociedad Española de Documentación Médica en 2008 sobre la definición de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) y su codificación en el contexto de la actualización de la práctica clínica y el uso de la CIE-10-ES como clasificación de diagnósticos y procedimientos.

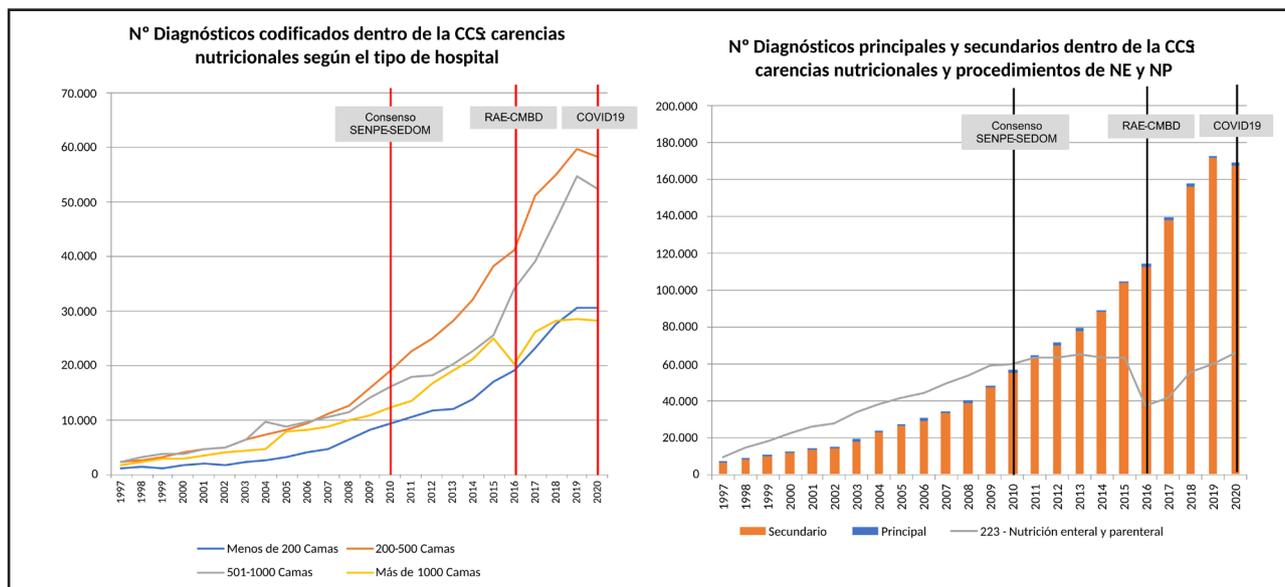


Figura 1.

Serie histórica de los diagnósticos codificados dentro de la categoría de Carencias nutricionales y los procedimientos de soporte nutricional en el CMBD de 1997 al 2020. Fuente: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscls.es>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Acordar los criterios de clasificación para el diagnóstico clínico de desnutrición relacionada con la enfermedad, otros diagnósticos relacionados y los procedimientos de tratamiento nutricional, así como su correcta correlación con los códigos de la CIE-10-ES.

- Sensibilizar a los facultativos responsables de los pacientes hospitalizados con DRE sobre la importancia de trasladar el diagnóstico a los informes de alta.
- Realizar una propuesta de mejora del proceso de documentación y codificación de los registros clínicos de los pacientes atendidos por las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética.

CRITERIOS CLÍNICOS DE CLASIFICACIÓN

DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Riesgo nutricional o fenotipo de desnutrición

Situación que viene definida por la presencia de un resultado positivo en una prueba validada de cribado nutricional (p. ej., MUST, NRS-2002, NST, CIPA, CONUT) o por el cumplimiento de uno o más criterios fenotípicos de DRE según la GLIM (4), en cualquier grado, en ausencia de criterios etiológicos (Tabla I). La existencia de DRE en grado moderado o grave excluye la inclusión en esta categoría.

DRE leve

Este diagnóstico no está incluido en los criterios GLIM que hemos adoptado como patrón de referencia, por lo que proponemos no utilizar este código.

DRE moderada

Presencia de uno o más criterios fenotípicos de DRE, de grado moderado, en presencia de uno o más criterios etiológicos. Ante la ausencia de criterios para distinguir entre la reducción de masa muscular moderada y la grave, cuando el criterio definitorio de DRE sea este, el grado que constará será el moderado (4).

DRE grave

Presencia de algún criterio fenotípico de DRE de grado grave (pérdida de peso o IMC bajo) junto con al menos un criterio etiológico.

DRE no especificada

Presencia de datos indirectos de desnutrición como circunferencia braquial ($\leq 23,5$ cm) o circunferencia de pantorrilla < 33 cm, o alteración analítica o sospecha de desnutrición (7). Esta medida se debe ajustar en las personas con sobrepeso-obesidad. Así, para un IMC entre 25 y 29,9 kg/m² se deben restar

3 cm a la medida efectuada. En las personas con IMC entre 30 y 39,9 kg/m² se deben restar 7 cm, y en las personas con obesidad mórbida (IMC > 40 kg/m²) se deben restar 12 cm (8).

OTROS DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES

Entidades relacionadas con el estado nutricional que suponen un diagnóstico de DRE en sí mismos, coexisten y determinan el consumo alimentario o son factores de riesgo cuando no se puede establecer el diagnóstico clínico de desnutrición.

Malabsorción

Alteración en el proceso de digestión o absorción de los alimentos. En realidad, cuando está alterada la fase luminal de la digestión se debe hablar de maldigestión, pero en la práctica se utiliza el término malabsorción para las alteraciones de todo el proceso. El síntoma habitual es la diarrea crónica acompañada de pérdida de peso.

Sarcopenia

Enfermedad progresiva del músculo esquelético que se caracteriza por una pérdida de masa y función muscular. Para establecer el diagnóstico de masa muscular reducida, las técnicas validadas más usadas, por su accesibilidad y por disponer de puntos de corte establecidos, son la bioimpedanciometría y la circunferencia de la pantorrilla (Tabla II). Otras técnicas diagnósticas también tienen puntos de corte establecidos pero son menos accesibles (TAC, resonancia magnética).

Obesidad

Enfermedad multifactorial crónica y compleja definida como una acumulación excesiva de tejido adiposo que puede deteriorar el estado de salud; se define según la Organización Mundial de la Salud por un índice de masa corporal (peso en kg dividido entre el cuadrado de la talla en metros) superior a 30. La demostración, mediante técnicas de composición corporal, de un porcentaje de tejido adiposo superior al percentil 95 para la edad y el sexo del paciente también puede servir para establecer el diagnóstico de obesidad (Tabla III).

Tabla I. Criterios de desnutrición según la *Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)* (3,5)

Criterios fenotípicos		
Pérdida de peso	IMC bajo	Reducción de la masa muscular (4)
> 5 % en < 6 meses o > 10 % en > 6 meses	< 20 si < 70 años < 22 si > 70 años	Con métodos de medida de composición corporal validados
Criterios etiológicos		
Ingesta o absorción de nutrientes reducida	Inflamación	
≤ 50 % de los requerimientos energéticos > 1 semana o cualquier reducción > 2 semanas	Enfermedad o daño agudo	
Presencia de enfermedad GI crónica que afecte a la absorción	Relacionada con enfermedad crónica	
Gravedad de la malnutrición en función del criterio fenotípico		
	% pérdida de peso	IMC (kg/m ²)
Estadio 1 (moderada)	5-10 % en < 6 meses	< 20 si < 70 años
	10-20 % en > 6 meses	< 22 si ≥ 70 años
Estadio 2 (severa)	> 10 % en < 6 meses	< 18,5 si < 70 años
	> 20 % en > 6 meses	< 20 si ≥ 70 años

1. Se requiere al menos un criterio fenotípico y un criterio etiológico para el diagnóstico de malnutrición.
2. Puede basarse en el uso de técnicas como la bioimpedanciometría, la ecografía, la absorciometría de rayos X o la tomografía axial computarizada, o en métodos clínicos como la medición de la circunferencia de la pantorrilla o del brazo, o el examen físico realizado por personal entrenado.
3. Considerar los síntomas gastrointestinales como marcadores que dificultan la ingesta o la absorción (disfagia, náuseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal). Valorar su severidad, intensidad, frecuencia y duración.
4. La reducción de la asimilación de comida o nutrientes se asocia a enfermedades malabsorptivas como el síndrome de intestino corto, insuficiencia pancreática o la cirugía bariátrica. También con trastornos como la estenosis esofágica, la gastroparesia y la pseudobstrucción intestinal. La malabsorción es un diagnóstico clínico que se manifiesta como diarrea crónica, esteatorrea o alto débito por ostomías. Usar el juicio clínico o estudios adicionales para valorar la severidad en base a la frecuencia, duración o cuantificación de la grasa fecal y/o volumen de las pérdidas.
5. La inflamación aguda grave generalmente aparece en pacientes con infección grave, quemaduras, trauma o traumatismo craneoencefálico. El resto de las situaciones de daño / enfermedad aguda deben considerarse moderadas o leves.
6. La inflamación grave generalmente no aparece en situaciones de cronicidad. La inflamación crónica o recurrente, de intensidad leve a moderada, generalmente ocurre en pacientes con enfermedad maligna, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica o en cualquier enfermedad con inflamación crónica o recurrente. Nótese que la inflamación transitoria de intensidad leve no sobrepasa el umbral de este criterio etiológico.
7. La proteína C reactiva puede usarse como medida de laboratorio de apoyo.
8. La gravedad de la DRE se establece en base a los criterios fenotípicos (los criterios etiológicos sirven para contextualizar el caso, guiar la intervención nutricional y anticipar los resultados).

Tabla II. Límites recomendados para el diagnóstico de masa muscular reducida o sus marcadores alternativos (6-8)

	Hombres	Mujeres
Índice de masa magra apendicular (ALMI) o índice de músculo esquelético apendicular (ASMI), kg/m ² (BIA)	< 7	< 5,7
Índice de masa magra (FFMI), kg/m ² (BIA)	< 17	< 15
Circunferencia de pantorrilla, cm (1)	< 34	< 33

(1) Se debe ajustar el valor obtenido en función del IMC, sumando 4 cm (IMC < 18,5) o restando 3 cm (IMC: 25-30), 7 cm (IMC: 30-40) o 12 cm (IMC > 40).

Tabla III. Puntos de corte (percentil 95) de porcentaje de tejido adiposo (bioimpedanciometría, 50 kHz) en individuos sanos (9)

Edad (años)	Hombres	Mujeres
15-24	24,4	34,9
25-34	26,8	35,4
35-44	28,1	35,9
45-54	28,7	36,5
55-64	30,6	40,5
65-74	32,6	44,4
75-84	31,2	45,2
≥ 85	33,4	46,9

Disfagia orofaríngea

Dificultad para que pase el alimento desde la boca y la faringe hasta el esófago. Aunque su presencia puede ser muy evidente en las situaciones de mayor gravedad (ictus extenso, enfermedad neurodegenerativa avanzada, etc.), en otros casos se necesita un alto índice de sospecha clínica o el uso sistemático de técnicas de cribado (EAT-10) en las poblaciones de riesgo, cuyos resultados deben confirmarse con técnicas como el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECVV), la fibroendoscopia de la deglución o la videofluoroscopia.

PROCEDIMIENTOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL (TMN)

- *Nutrición parenteral por vía central*: método de alimentación diferente de la vía digestiva mediante el que se administran por vía endovenosa la mayoría de los nutrientes y el agua que precisa el paciente. El extremo del catéter endovenoso se localiza en la vena cava superior o la aurícula derecha.

- *Nutrición parenteral por vía periférica*: método de alimentación diferente de la vía digestiva mediante el que se administran por vía endovenosa periférica la mayoría de los nutrientes que precisa el paciente.
- *Suplementos orales/nutrición enteral oral*: uso de *alimentos para usos médicos especiales* (o fórmula enteral) como complemento de una alimentación convencional insuficiente para las necesidades del paciente. Se denomina nutrición enteral oral a aquella situación en que la fórmula administrada por vía oral aporta más de 1000 kcal diarias o más del 50 % de las necesidades calóricas del paciente.
- *Nutrición enteral por sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía*: administración de una fórmula enteral mediante una sonda cuyo extremo distal se encuentra localizado en el estómago.
- *Nutrición enteral por sonda nasoyeyunal (SNY) o yeyunostomía*: administración de una fórmula enteral mediante una sonda cuyo extremo distal se encuentra localizado en el yeyuno.

Igualmente, se deben tener en cuenta los procedimientos relacionados con la colocación de los diferentes dispositivos de nutrición.

- *Catéter central*: catéter percutáneo, de inserción central o periférica y de corta, media o larga duración, que permite la infusión de nutrientes directamente en la vena cava superior o la aurícula derecha.
- *Sonda nasogástrica*: catéter colocado a través de la nariz, con el extremo distal ubicado en la cámara gástrica, que permite la administración de nutrientes por esta vía. El procedimiento de sondaje puede realizarse a ciegas o bajo visión directa con técnicas de imagen endoscópica o radiológica.
- *Gastrostomía*: catéter colocado a través de la pared abdominal, con el extremo distal ubicado en la cámara gástrica, que permite la administración de nutrientes por esta vía. Puede ser endoscópica, radiológica o quirúrgica.
- *Yeyunostomía*: catéter colocado a través de la pared abdominal, con el extremo distal ubicado en el yeyuno, que permite la administración de nutrientes por esta vía. Puede ser radiológica o quirúrgica.

CRITERIOS DE CODIFICACIÓN

CONSTATACIÓN Y FUENTES DOCUMENTALES

Para la asignación de un código será necesario que cualesquiera de las entidades nosológicas se refleje como diagnóstico (principal y/o secundario) y que las actuaciones de tratamiento nutricional se reflejen como procedimientos en la historia clínica del paciente, cualquiera que sea su formato.

La fuente documental fundamental es el informe de alta del episodio asistencial. Sin embargo, para la correcta codificación del episodio también pueden consultarse otros documentos complementarios. Por tal motivo, es válida la consignación, por

el médico responsable o por el equipo de Tratamiento Médico Nutricional, del diagnóstico de desnutrición en otros documentos o informes clínicos del episodio.

PAUTAS Y NORMATIVA DE CODIFICACIÓN

- Se seguirán las pautas del proceso de codificación clínica según las normas y convenciones de la CIE vigente, es decir, la CIE-10-ES.
- De forma general, y en el ámbito de la hospitalización, siempre que se refleje un diagnóstico como “sospecha de” se considerará como si estuviera confirmado o presente, tal y como lo establece la normativa CIE-10 para estas situaciones (2).

CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Como se indica en el *Manual de codificación (2)*, estando actualmente vigente la 5.ª edición, en la CIE-10-ES no se considera específicamente la desnutrición relacionada con la enfermedad en el paciente adulto. Se definen los distintos tipos de desnutrición y su clasificación como se muestra a continuación:

- E40 Kwashiorkor, o desnutrición proteica.
 - E41 Marasmo nutricional, o desnutrición calórica (marasmo).
 - E42 Kwashiorkor marasmático, o desnutrición mixta calórico-proteica (Kwashiorkor marasmático).
- La desnutrición mixta se clasifica según su severidad en:
- Leve o de primer grado, código E44.1: Malnutrición calórico-proteica leve.
 - Moderada o de segundo grado, código E44.0: Malnutrición calórico-proteica moderada.
 - Grave o de tercer grado, código E43: Malnutrición calórico-proteica grave no especificada.
 - La desnutrición en la edad pediátrica se codifica con el código E45: Retraso del desarrollo secundario a malnutrición calórico-proteica.
 - Desnutrición no especificada, código E46.

La tabla IV muestra la adaptación de los criterios GLIM a estos códigos.

La codificación de los términos incluidos en el apartado de *Otros diagnósticos nutricionales* se deberá regir siguiendo la normativa habitual. Se deben tomar en cuenta algunos diagnósticos específicos que quedan excluidos del diagnóstico principal, recogido como “*Excluye*” para los códigos de malabsorción (K90-K91). Los códigos de *Estado* incluidos en esta sección tienen el objetivo de aportar información adicional y facilitar su registro en la historia clínica.

En cuanto a la codificación de dispositivos, si se coloca el dispositivo durante el ingreso, se debe codificar el procedimiento de colocación del dispositivo y, si el paciente es portador del dispositivo, se debe codificar con un código diagnóstico de portador: códigos Z de la tabla V.

CODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL

- En la nutrición parenteral se deberá codificar la colocación del catéter correspondiente siempre que se realice durante el ingreso o el mismo episodio asistencial.
- La nutrición enteral por sonda se codificará como tal, pero es importante recalcar que, cuando se coloca un dispositivo durante el episodio, se debe codificar como procedimiento. Sin embargo, la presencia del dispositivo no presupone la prescripción de un tratamiento nutricional, que debe estar documentado a mayores, es decir, que se debe documentar como nutrición enteral sea a la dosis que sea, incluso si se trata de una nutrición enteral trófica o complementaria.
- Si la suplementación oral es mayor de 1000 kcal día, se codificará como nutrición enteral, debiendo quedar reflejada en la documentación del episodio asistencial por parte del profesional responsable o correspondiente.
- La realización de un procedimiento nutricional no conlleva la presunción del diagnóstico de desnutrición.
- Ante la presencia de un tratamiento nutricional sin diagnóstico de desnutrición se deberá constatar la existencia de este y, si no existe, se registrarán solo los códigos del procedimiento correspondiente.

La tabla VI incluye la relación de los códigos de los distintos procedimientos de tratamiento médico nutricional.

Tabla IV. Codificación de la desnutrición según la gravedad y la etiología

Diagnóstico	Código	Definición
Riesgo nutricional (cribado positivo o solo un criterio GLIM que no permite diagnóstico)	E46	Cribado de riesgo nutricional empleando cualquier herramienta validada (MUST, MNA-SF, NRS 2002, MST, SNAQ, otros) Presencia solo un criterio GLIM fenotípico que no permite diagnóstico
DRE moderada	E44.0	Diagnóstico de DRE moderada según criterios GLIM* (al menos un criterio etiológico y un criterio fenotípico)
DRE grave	E43	Diagnóstico de DRE grave según criterios GLIM* (al menos un criterio etiológico y un criterio fenotípico)

Tabla V. Codificación de otros diagnósticos nutricionales

Diagnóstico	Código
Malabsorción intestinal (según etiología)	K90.0-K90.9 (codificar según la causa de la malabsorción)
Malabsorción intestinal después de cirugía gastrointestinal	K91.2
Sarcopenia	M62.84
Sobrepeso y obesidad (diversos tipos y etiología) Con todos los códigos de la categoría E66 tenemos la instrucción: Utilice código adicional para identificar índice de masa corporal (IMC), si se conoce (códigos Z68.-)	E66.01-E66.9
Disfagia, no especificada	R13.10
Disfagia neurógena	R13.19
Estado de portador de dispositivos de alimentación: Portador de SNG Estado de gastrostomía Estado de ileostomía Estado de otras estomas artificiales del tracto gastrointestinal	Z97.8 Z93.1 Z93.2 Z93.4
Estados posprocedimiento que pueden comprometer el aporte nutricional: Estado de derivación intestinal y anastomosis Estado de cirugía bariátrica	Z98.0 Z98.84

Tabla VI. Codificación de procedimientos de tratamiento médico nutricional

Procedimiento	Código
Nutrición parenteral por vía central	3E0436Z
Nutrición parenteral por vía periférica	3E0336Z
Suplementos orales/nutrición enteral oral/nutrición por SNG	3E0G76Z
Nutrición enteral por SNY	3E0H76Z
Nutrición enteral por SNG/gastrostomía	3E0G36Z
Nutrición enteral por SNY/yeyunostomía	3E0H36Z
Inserción de catéter central (VCS)	02HV33Z
Inserción de sonda nasogástrica	0DH67UZ
Inserción de gastrostomía percutánea (+ añadir método de guiado: p. ej., ENDOSCOPIA → PEG)	0DH63UZ + 0DJ68ZZ
Inserción de yeyunostomía percutánea (añadir método de guiado como en el caso de PEG)	0DHA3UZ
Inserción de gastrostomía quirúrgica	0DH60UZ
Inserción de yeyunostomía quirúrgica	0DHA0UZ

CÓMO MEJORAR LA CODIFICACIÓN A NIVEL HOSPITALARIO

Diversas razones justifican la necesidad de optimizar la *calidad* de la estructura de nuestros registros clínicos:

- *Formación*: es importante tener una formación básica sobre el proceso de codificación. Debería incluirse formación sobre estos aspectos, en el marco de la gestión de la calidad, en el período de formación como médico interno residente (MIR). Es importante que la información se recoja con la máxima fiabilidad y exactitud, por lo que es necesario estar al día de las actualizaciones periódicas no solo de la CIE-10-ES sino también de las publicaciones periódicas en forma de Cuadernos de Codificación que realiza el Ministerio de Sanidad.
- *Comunicación*: es fundamental que se implique a los profesionales de Documentación y Sistemas de Información y Control de Gestión de nuestros hospitales que vayan a codificar nuestra actividad. Para ello, debemos tener claro de qué estamos hablando y transmitir con buenos argumentos la importancia de una codificación lo más correcta posible. Es esencial un esfuerzo conjunto entre clínicos y codificadores para lograr una documentación, codificación y recuperación de la información completa y precisa. La labor de los clínicos es dejar reflejado en los informes, de forma correcta y teniendo en cuenta lo que se quiere codificar, la mejor descripción del diagnóstico principal y de los secundarios, así como de los procedimientos.
- *Simplicidad*: las fichas que se utilicen en la historia clínica electrónica (HCE) deben facilitar el registro de la información clínica de forma sencilla e intuitiva pero estructurada, con la posibilidad de identificar términos y conceptos que puedan codificarse y sean explotables.
- *Economía*: la utilización del sistema de codificación representa una mejora en la gestión de las unidades, favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos y de investigación, y la financiación por procesos.

- *Gestión de la calidad*: en los tiempos actuales, la gestión se impone y tenemos la posibilidad de “humanizarla”. No se trata solo de registrar códigos, se trata de que esos números describan lo más fehacientemente posible nuestro trabajo diario y que eso repercuta en un mejor cuidado de nuestros pacientes.

PROPUESTAS DE MEJORA EN EL PROCESO DE DOCUMENTACIÓN Y CODIFICACIÓN

Por todo lo anteriormente expuesto, y con el fin de mejorar los registros clínicos de los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) y de las Unidades de Nutrición y Dietética (UNCyD), proponemos las siguientes mejoras en el proceso de documentación y codificación, que deberían incorporarse obligatoriamente en todos los centros.

- *Diseñar un modelo de registro en la HCE para las UNCyD que facilite la documentación y estandarización de la evaluación, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de los pacientes con DRE*. La información clínica debe cumplimentarse de forma estructurada, con campos definidos como variables, con índices y diagnósticos basados en las guías y consensos clínicos y de codificación. Se recomienda incluir ayudas al registro (desplegables, calculadoras, etc. Anexo 1: <https://www.nutricionhospitalaria.org/anexos/05419-01.pdf>) que garanticen la calidad de la información en la historia clínica electrónica. El campo de diagnóstico debe ser de registro obligatorio y en formato codificado.
- *Consensuar la realización de un informe complementario al informe de alta* (ejemplo en el Anexo 2: <https://www.nutricionhospitalaria.org/anexos/05419-02.pdf>). Cuando lo anterior no es posible, y dada la dificultad de que los informes de alta reflejen las intervenciones de las UNCyD, en algunos centros se realizan informes complementarios y/o de interconsulta por parte de las UNCyD en los que quedan reflejados los diagnósticos y procedimientos realizados.
- *Pactos de gestión*: dada la importancia y relevancia de una adecuada codificación, desde las gerencias y direcciones de los centros se deberían incluir en los pactos de gestión los indicadores relacionados. En el caso de los códigos relacionados con la DRE y expuestos anteriormente en este documento, si tenemos datos que puedan llegar a afectar a 1 de cada 3 pacientes al ingreso, se podría considerar incluso —como se ha hecho con los códigos vinculados a la infección por SARS-CoV-2— que figuren por defecto en el listado de “diagnósticos favoritos” de todos los servicios y secciones.
- *Flujo de información*: se debe garantizar siempre el flujo correcto y en todas direcciones de la información entre los diferentes departamentos del centro asistencial.
- *Equipos*: hay que analizar las necesidades de cada departamento y estructurar la información clínica según las necesidades de cada servicio. Se deben buscar métodos de optimización y resolución de problemas ante cualquier problema que pueda surgir durante la gestión de la información. Es necesario que todos los miembros del equipo que usen y traten la información clínica se impliquen para solucionar cualquier problema que surja en la gestión de la información y para mejorar el proceso de gestión de dicha información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, et al. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2008;23(6):536-40.
2. Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos. 5.ª ed. Ministerio de Sanidad; 2024.
3. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition* 2017;36(1):49-64. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
4. Cederholm T, Rothenberg E, Barazzoni R. Editorial: A Clinically Relevant Diagnosis Code for “Malnutrition in Adults” Is Needed in ICD-11. *J Nutr Health Aging* 2022;26(4):314-5. DOI: 10.1007/s12603-022-1774-z
5. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition* 2019;43(1):32-40. DOI: 10.1002/jpen.1440
6. Compher C, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Higashiguchi T, Shi HP, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition diagnosis of malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2022;46(6):1232-42. DOI: 10.1002/jpen.2366
7. Gonzalez MC, Mehrzad A, Razaviarab N, Barbosa-Silva TG, Heymsfield SB. Calf circumference: cutoff values from the NHANES. *Am J Clin Nutr* 2021;113:1679. DOI: 10.1093/ajcn/nqab029
8. Prado C, Landi F, Chew S, Atherton PJ, Molinger J, Ruck T, et al. Advances in muscle health and nutrition: A toolkit for healthcare professionals. *Clin Nutr* 2022;41:2244-63. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.07.041
9. Kyle UG, Genton L, Slosman DO, Pichard C. Fat-free and fat mass percentiles in 5225 subjects aged 15 to 98 years. *Nutrition* 2001;17:534-41. DOI: 10.1016/s0899-9007(01)00555-x