

A CODIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO

Grupo de Estudos da Desnutrição da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP)

Junho de 2009

Adaptação do documento¹ elaborado pelo Grupo de Trabalho de Documentação da SEMPE (Sociedade Espanhola de Nutrição Parentérica e Entérica) e SEDOM (Sociedade Espanhola de Documentação Médica) em 2008, com a autorização destas duas Sociedades. Este sistema de codificação foi adoptado pela Unidade Técnica do CID-9-MC para o Sistema Nacional de Saúde do Ministério da Saúde Espanhol.

A documentação e o registo dos casos de qualquer doença são da maior importância. Trata-se essencialmente de uma actividade epidemiológica, mas é a partir do nosso trabalho com o doente que esta nasce. Entre nós, a inexistência de menções à desnutrição nos processos clínicos é frequente² e reflecte a falta de atenção que se continua a dar a esta situação. A ausência do diagnóstico da desnutrição leva a que os doentes não sejam tratados. Deste modo, os hospitais não recebem a verba que esta condição acarreta em termos de custos de tratamento durante a estadia hospitalar.

Entre nós, a desnutrição associada à doença afecta cerca de 20 a 50% dos doentes no momento da admissão hospitalar² e cerca de 10% dos indivíduos na comunidade³. Apesar da imprecisão destas estimativas, esta parece ser a doença mais frequente no ambiente hospitalar e na comunidade,

¹ Publicação oficial em:
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n29.pdf

² Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Álvares L, Antunes A, Amaral TF. Menções sobre o estado nutricional nos registos clínicos de doentes hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa* 2007; Vol 6 (Nov - Dec); 20(6): 503-10.

³ Rodrigues E, Amaral TF. Screening and nutritional status evaluation of elderly Portuguese in nursing homes. *Public Health Nutrition* 2006; 9 (7A):112.

representando um grave e persistente problema de Saúde Pública. O conhecimento da sua dimensão, não é suficiente para que sejam implementadas as inúmeras recomendações de sociedades científicas internacionais e as resoluções do Comité de Ministros do Conselho da Europa⁴, que visam o rastreio da desnutrição e de outras situações relacionadas com a alteração do estado nutricional e com o início atempado da terapia nutricional.

A implementação de um rastreio nutricional é mesmo um dos critérios obrigatórios para a acreditação dos hospitais, pela *Joint Commission International on Accreditation of Healthcare Organizations*⁵. Uma das razões que poderá estar na base da ausência de implementação de medidas preventivas, na quase generalidade de unidades prestadoras de cuidados de saúde portuguesas⁶, passará provavelmente pela ausência de conhecimento sobre a magnitude deste problema e consequentemente dos custos inerentes a esta situação.

Perante este panorama, teremos assim duas tarefas prioritárias. Em primeiro lugar, será necessário proceder a uma uniformização da classificação da desnutrição, tendo em conta a diversidade de critérios e de escalas existentes. Depois, será necessário enquadrar estas classificações no ICD-9-MC, sistema em vigor para a codificação das doenças e dos procedimentos médicos ao nível das unidades prestadoras de saúde, para que a desnutrição possa ser documentada e usada na escolha dos GDH⁷ – Grupos de Diagnóstico Homogéneos para cada doente. Só assim, as entidades cuidadoras poderão ser financiadas pelos custos que a desnutrição acarretou ao longo do internamento.

O Grupo de Estudos da Desnutrição da APNEP propõe assim um conjunto de critérios e uma versão adaptada do trabalho desenvolvido já em 2008 pelo

⁴ Resolução ResAP 2003 e P6_TA-PROV(2008)0461.

⁵ <http://www.jcaho.org/>

⁶ Noronha M, Estudo sobre o rastreio da desnutrição nos hospitais portugueses. Tese de Licenciatura, IPO Porto e FCNAUP, 2007.

⁷ Portaria nº 132/2009 de 30-01-2009 ANEXO I - REGULAMENTO DAS TABELAS DE PREÇOS DAS INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS INTEGRADOS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - SECÇÃO II – Internamento - Artigo 5.º - Facturação de episódios classificados em GDH. Diário da República nº 21 Série I de 30/01/2009.

Grupo de Documentação da SENPE – Sociedade Espanhola de Nutrição Entérica e Parentérica e pela SEDOM – Sociedade Espanhola de Documentação Médica.

Critérios necessários para que a desnutrição seja codificada:

1. Constatação documental

Para a atribuição de um código de desnutrição pelos médicos codificadores será necessário um diagnóstico estabelecido da mesma, com correspondente reflexo documental na história clínica e no relatório de alta de cada doente. Sem a menção da desnutrição no processo clínico, não será possível contabilizar a sua frequência nem obter o reembolso dos custos que esta situação acarreta.

2. Proposta de Códigos Diagnósticos (do ICD-9-MC)

Estes códigos pertencem ao Sistema Internacional da Classificação das doenças, versão 9, Modificação Clínica (ICD-9-MC). Apesar de a versão 10 já estar em vigor, a 9 é a usada para a classificação das doenças a nível hospitalar.

Será oportuno salientar que teremos obrigatoriamente que enquadrar o resultado das nossas avaliações do estado nutricional dos doentes nestas definições já existentes do ICD-9-MC. Estas definições encontram-se desenquadradas da realidade actual e existe neste momento um trabalho conjunto da ESPEN e da ASPEN que tem como objectivo uniformizar esta situação e introduzir alterações no ICD, em que irão provavelmente usar e/ou adaptar o já referido documento original Espanhol da SEMPE/SEDOM.

2.1. *Desnutrição energética (Marasmo):*

Desnutrição crónica provocada por falta ou perda prolongada de energia e de nutrientes. Inicia-se com uma importante diminuição de peso, acompanhada

de perda de tecido adiposo e, embora em menor quantidade, de perda de massa muscular.

Não ocorre alteração significativa das proteínas viscerais nem edemas. Os parâmetros antropométricos estão alterados, inferiores aos valores normais. Os valores de albumina e de proteínas plasmáticas são geralmente normais ou alteram-se pouco.

Leve: 263.1

Moderada: 263.0

Grave ou Severa: 261

Grau não especificado: 263.9

2.2. Desnutrição proteica (Kwashiorkor):

Nos países desenvolvidos assemelha-se ao conceito de desnutrição aguda por *stress*, que surge quando se verifica uma diminuição do aporte proteico ou ocorre um aumento das necessidades devido por exemplo a infecções graves, politraumatismos e a grandes cirurgias. Há conservação do tecido adiposo sendo a perda fundamentalmente proteica, principalmente visceral. Os parâmetros antropométricos podem estar nos limites normais com as proteínas viscerais baixas.

Em qualquer grau: 260

2.3. Desnutrição mista, energético-proteica ou Kwashiorkor marasmático

Desnutrição energético-proteica grave, que reúne as características dos dois quadros anteriores, ocorrendo diminuição da massa magra, da gordura e das proteínas viscerais. Surge em pacientes com desnutrição crónica prévia tipo marasmo (geralmente por doença crónica) que apresentam algum tipo de processo agudo produtor de *stress* (cirurgia, infecções). É a forma mais comum

em meio hospitalar. Pode avaliar-se a gravidade do componente mais afectado, predomínio energético ou proteico.

Leve: 263.8

Moderada: 263.8

Grave ou severa: 262

Grau não especificado: 263.9

Desnutrição não especificada:

Leve: 263.1

Moderada: 263.0

Grave ou severa: 261

Grau não especificado: 263.9

3. Diferentes estadios

Quando num mesmo episódio o doente passe por diferentes graus de desnutrição, recorrer-se-á ao estado mais grave de que tenha padecido.

4. Procedimentos de terapia nutricional

Antes da presença de terapia nutricional sem diagnóstico de desnutrição, deverá constatar-se a existência da mesma. Se não existir, registar-se-ão apenas os códigos de procedimento:

Nutrição parentérica: 99.15

Deverá codificar-se a inserção do cateter correspondente, sempre que se realize durante o ingresso. Registrar-se-ão apenas as terapias nutricionais com aportes superiores a 1000kcal/dia.

Nutrição entérica: 96.6

5. Critérios de diagnóstico e de graus de gravidade da desnutrição.

	Valor Normal	Desnutrição Ligeira	Desnutrição Moderada	Desnutrição Grave
Parâmetros antropométricos				
IMC (kg/m ²)	18,5-25,0	17,0-18,4	16,0-16,9	<16,0
% de peso habitual	>95,0	85,0-95,0	75,0-84,9	<75,0
% perda de peso / tempo				
1 semana	<1,0	1,0-1,9	2,0	>2,0
1 mês	<2,0	2,0-4,9	5,0	>5,0
2 meses	<3,0	3,0-4,9	5,0-10,0	>10,0
3 meses	<7,5	7,5-9,9	10,0-15,0	>15,0
Medidas antropométricas (percentis)				
	≥P15	≥P10 e <P15	≥P5 e <P10	<P5
Parâmetros bioquímicos				
Albumina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-249	100-149	<100
Pré-albumina (mg/dl)	18-28	15-17	10-14	<10
RBP (mg/dl)	2,6-7,0	2,0-2,5	1,5-1,9	<1,5
Escalas de Avaliação				
Avaliação Subjectiva Global (PG-SGA)	A	B	C	C
Mini Nutritional Assessment (MNA) (pontos)	Normal	17,0 a 23,5	<17,0	
	Sem Risco	Risco Possível	Risco Nutricional	
NRS – 2002	0	1-2	≥ 3	
MUST	0	1	≥ 2	

Exame físico e avaliação da ingestão alimentar:

Classificação do tipo de desnutrição	Energética	Proteica	Mista
Diminuição do panículo adiposo	✓		✓
Fusão da massa muscular		✓	✓
Défice energético na última semana	✓		✓
Défice proteico na última semana		✓	✓

Notas: (1) Estes critérios são apresentados como sugestões. (2) Qualquer diagnóstico de desnutrição assenta na avaliação do estado nutricional. (3) Embora o NRS-2002 e o MUST sugiram aproximações diagnósticas, não têm pontuações para a desnutrição moderada ou grave validadas, pelo que deverão ser completadas com outros dados.