

Análisis crítico del registro de epicrisis del Equipo de Cirugía Digestiva Hospital Base Valdivia

Carla Kuschel R.¹, Daniela Konrad S.¹, Carlos Cárcamo I.²

RESUMEN

El registro de las patologías que se presentan en un servicio clínico es fundamental para conocer la realidad de dicha institución y las necesidades que éste debe suplir a la población que cubre. El Equipo de Cirugía Digestiva del HBV mantiene un registro controlado de las patologías que son tratadas ahí, además de las distintas variables que las afectan, en base a las epicrisis confeccionadas al momento del alta de cada paciente. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis acabado de la base de datos y evaluar críticamente el método de confección existente, además de conocer las patologías que se tratan diariamente y su epidemiología local. Se revisa el registro de las epicrisis del Equipo de Cirugía Digestiva del HBV, durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2006, las que se encuentran registradas en una planilla Excel que incluye variables como edad, sexo, procedencia, tipo de intervención y complicaciones para cada diagnóstico realizado, y se analizan entre sí; éstas demuestran que durante dicho año, debieron ser hospitalizados 884 pacientes, la mayoría de sexo femenino y edad avanzada, exceptuando en los adolescentes que, aunque minoría, predomina el sexo masculino. El número mensual de pacientes permanece estable durante todo el año. La patología más frecuente es la hepatobiliar (37,3%), donde destaca la patología litiasica (53,4%); en segundo lugar se presentan las neoplasias (23,4%) destacando el cáncer colorrectal (34,5%) y gástrico (28%). El 69,3% de las patologías requirió algún tipo de intervención quirúrgica, 52,3% de carácter electivo. Dentro de las pocas complicaciones que se presentaron (11,3%) destacan infección de herida operatoria, neumonía intrahospitalaria y filtración de anastomosis. A pesar de los alentadores resultados, existe una pérdida no despreciable de epicrisis y por lo tanto un subregistro de la realidad y además una gama de términos distintos para definir las mismas patologías. Se concluye que existe una falta de nomenclatura común para registrar las patologías que se presentan en el Equipo de Cirugía Digestiva y no se logran recuperar todos los datos a través de este registro manual. (Palabras claves/key words: Cirugía/surgery, Patología quirúrgica/surgical pathology, Registro/registration).

INTRODUCCIÓN

Cada servicio hospitalario debe conocer las patologías más prevalentes que se le presentan para así determinar las necesidades que deben suplir. La manera más sencilla de mantener un catastro de estas patologías es registrarlas en

una base de datos que cuente con todas las variables importantes de considerar cuando un análisis acabado de éstas debe realizarse.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la Base de Datos de las Epicrisis del Equipo de Cirugía Digestiva del Servicio de Cirugía del Hospital Base Valdivia, con el fin de

¹ Interna 7º Año Medicina

² Profesor Auxiliar de Cirugía

Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Regional Valdivia.

Correspondencia a: ccarcamo@uach.cl

lograr un catastro acerca de las enfermedades que maneja dicho equipo, con respecto a tipos de patologías más prevalentes, edad de presentación, sexo predominante, tipo de intervenciones necesarias, y así lograr una visión acerca de las necesidades que tiene dicho grupo quirúrgico en cuanto a materiales, personal y necesidad de especialización y/o capacitación de éste. Además se pretende un análisis crítico del método vigente en la actualidad, evaluando factibilidad, utilidad, fallas y posibles mejoras con el fin de perfeccionar los registros existentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y longitudinal que consiste en la revisión de las epicrisis almacenadas de manera prospectiva en una base de datos plasmada en una planilla tipo Excel, perteneciente al Equipo de Cirugía Digestiva del Servicio de Cirugía, desde enero a diciembre de 2006 (884 epicrisis). De cada una de ellas se analizan variables como edad, sexo, lugar de derivación, vía de ingreso al servicio, época del año, patología, tipo de intervención realizada, ya sea meramente médica y/o quirúrgica, y complicaciones presentadas, distinguiendo paralelamente datos presentes y ausentes, considerando la causa de su inexistencia.

Para las variables de sexo, vía de ingreso, época del año, tipo de intervención y complicaciones se realizó una comparación de porcentajes de presentación entre los distintos tipos de variables que existen en cada conjunto. En cuanto a la edad, se realizó una distribución de los pacientes en rangos etáreos, y se comparó porcentajes entre ellos. Con respecto a los tipos de patologías, se analizaron primero individualmente, y luego por tipo de patología según los porcentajes de prevalencia que éstos presentaron. Se describe el promedio o mediana para los datos según se especifique.

RESULTADOS

Entre los meses de enero y diciembre de 2006 ingresaron al Equipo de Cirugía Digestiva un total de 884 pacientes, de los cuales 511 eran de sexo femenino (57,8%), 370 de sexo masculino (41,85%) y 3 casos en que el sexo no fue consignado al momento de almacenar los datos (0,34%). (Gráfico 1)

Al analizar la distribución de los pacientes atendidos según edad, podemos observar que el

rango etáreo oscila entre los 15 y 95 años, existiendo en el universo de pacientes, 20 casos en que la edad no fue registrada adecuadamente, por lo que desconocemos el detalle. La tendencia muestra un predominio de pacientes de edad avanzada, con preponderancia del sexo femenino por sobre el masculino, a excepción del grupo de adolescentes, en que por pequeña diferencia esta relación se invierte. (Gráfico 2).

Gráfico 1. Distribución de pacientes atendidos en Equipo Cirugía Digestiva HBV, según sexo – Enero a Diciembre 2006.

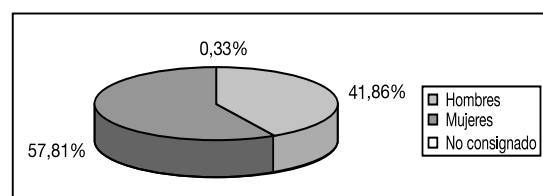
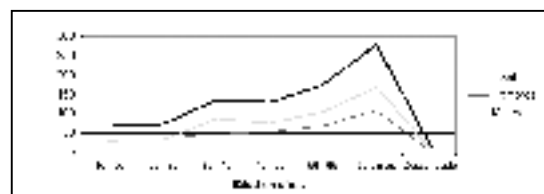


Gráfico 2. Distribución de pacientes atendidos en Equipo Cirugía Digestiva HBV, según rango etáreo y sexo – Enero a Diciembre 2006.



Si consideramos la vía de ingreso de los pacientes al Servicio vemos en el Gráfico 3 que la mayoría proviene ya sea de Policlínico de Cirugía o del Servicio de Urgencias, prevaleciendo el primero, sin desestimar, pero constituyendo una pequeña minoría, los procedentes de otros servicios del Hospital. (Gráfico 4).

El número de pacientes atendidos a lo largo del año permaneció estable, totalizando en promedio 73 atenciones mensuales, durante las diferentes épocas del año.

En cuanto a las patologías atendidas, existieron un total de 78 diagnósticos distintos, sin considerar una epicrisis que no contaba con el registro de éste. De éstos, destaca que la más prevalente es la litiasis de vía biliar (19,9%), seguida por la apendicitis aguda (11,08%) y las hernias de pared abdominal (10,52%). Dada la

Gráfico 3. Distribución de pacientes atendidos en Equipo Cirugía Digestivo HBV, según otra vía de ingreso – Enero a Diciembre 2006.

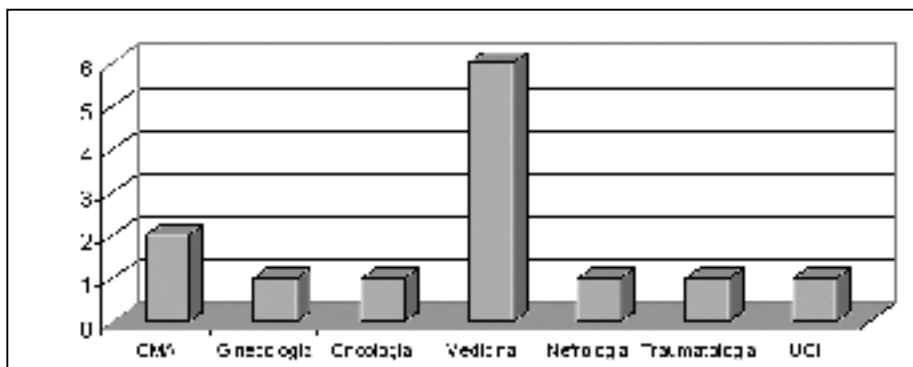
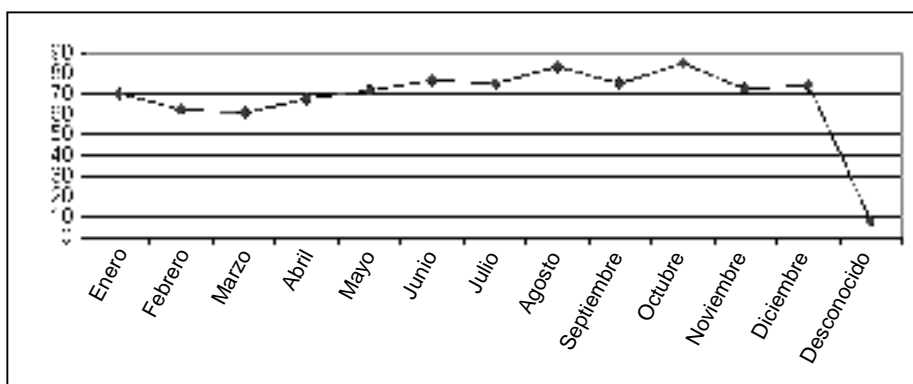


Gráfico 4. Distribución de pacientes atendidos en Equipo Cirugía Digestivo HBV, según mes del año – Enero a Diciembre 2006.

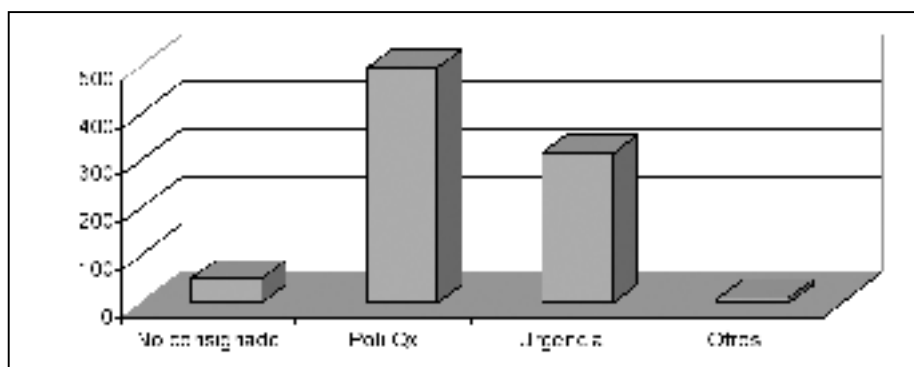


gran cantidad de diagnósticos registrados, y sin existir uniformidad en la denominación de ellos a la hora de registrarlos, podemos señalar que no existe una nomenclatura común para patologías similares. Por esto decidimos agrupar los diagnósticos según tipo de patología, para así poder estudiarlos mejor (Tabla 1); así se puede ver que las patologías más prevalentes se encuentran en el grupo hepatobiliar y pancreático, dentro de las cuales sobresale una vez más la litiasis biliar (Gráfico 6). En segundo lugar se encuentra la patología neoplásica. Dentro de ésta, la más prevalente es el Cáncer Gástrico, seguido muy de cerca por el cáncer de colon y el de recto (Gráfico 7). Finalmente, en tercer y cuarto lugar se encuentran las patologías peritoneal y de pared abdominal, seguidas muy de cerca por la patología apendicular (Gráfico 8 y 9).

De los 884 pacientes admitidos en el Servicio durante el año 2006, 272 pacientes (30,77%) no fueron operados. Considerando todos los pacientes intervenidos, los cuales ascienden a 612 en total, casi un 52,3% se intervino en forma electiva y 47% de forma urgente (Tablas 2 y 3)

Del total de intervenciones realizadas, el 11,3% mostró algún tipo de complicación postoperatoria, dentro de las cuales destacan: Infección de herida operatoria, neumonía intrahospitalaria y filtración de anastomosis, entre otras (Tabla 5 y Gráfico 10).

Examinando por último las fallas de registro en su totalidad, podemos decir que del total de epicrisis registradas, el 42,15% (n=385) tenían algún tipo de carencia, ya sea por algún dato escrito pero no legible, incompleto o sencillamente no consignado (Tabla 6).

Gráfico 5. Distribución de pacientes atendidos en Equipo Cirugía Digestivo HBV, según vía de ingreso – Enero a Diciembre 2006.**Tabla 1. Distribución Numérica y Porcentual de Grupos de Patologías atendidas en Equipo Cirugía Digestivo HBV – Enero a Diciembre 2006**

Grupo	N°	%
Patología Neoplásica Esófago, estómago, gastroesofágico, colon, recto Vesicular, vía Biliar, Tu Klatskin, hepático Páncreas, periampular no páncreas, Linfoma esplácnico, Tu retroperitoneal en estudio, carcinomatosis peritoneal sin primario conocido	206	23.35
Patología Intestinal Vólvulo intestinal, Enf diverticular complicada, infarto mesentérico, pólipo intestinal, colitis ulcerosa, Colostomía Terminal, obstrucción intestinal, Diverticulitis, perforación víscera hueca	45	5.1
Patología hepática- biliar- páncreas Colecistitis aguda, fístula biliar, quiste hepático simple Hidatídico, coledocolitiasis y/o coledocolitiasis, Colangitis aguda, absceso hepático y subfrénico, Pancreatitis aguda, Mx hepáticas Estenosis VB benigna, Ileo biliar, Polipo vesicular Fístula pancreatica, Quiste esplénico	329	37.3
Patología Apendicular Apendicitis aguda, Plastrón apendicular, absceso Apendicular, Mucocele apendicular	107	12.13
Patología Gastroesofágica Cuerpo extraño esofágico, Hernia Hiatal, RGE Úlcera perforada o no, Esófago Barret complicado, Estenosis esofágica por cáusticos, Perforación esofágica espontánea	25	2.8
Patología Peritoneal y Pared Abdominal Peritonitis no apendicular, bridas, hematoma Retroperitoneal, Herida penetrante todo sitio, Hernia cualquier sitio, complicada o no, Trauma abdominal cerrado, Quiste hemorrágico retroperitoneal	116	13.15
Patología Colon- Ano- Periné Fístula perianal, Fístula anovaginal, Incontinencia anal, Hemorroides todo tipo, Pólipo rectal, Hartmann reciente, Absceso perianal y perineal	30	3.4
Patologías Médicas IRC y Cateter PD, Celulitis, Hipermesis en estudio, Infección herida operatoria, Obesidad mórbida, Microesferocitosis familiar, OH crónico, Pielonefritis aguda, Sd diarreico crónico, Sd Mallory Weiss, Sd Ojillvie, Transplante renal, Fasceitis necrotizante, Gastroenteritis aguda, No consignado	24	2.72
TOTAL	882	100

Gráfico 9. Distribución porcentual de patología apendicular, Equipo de Cirugía Digestivo HBV – Enero a Diciembre 2006.

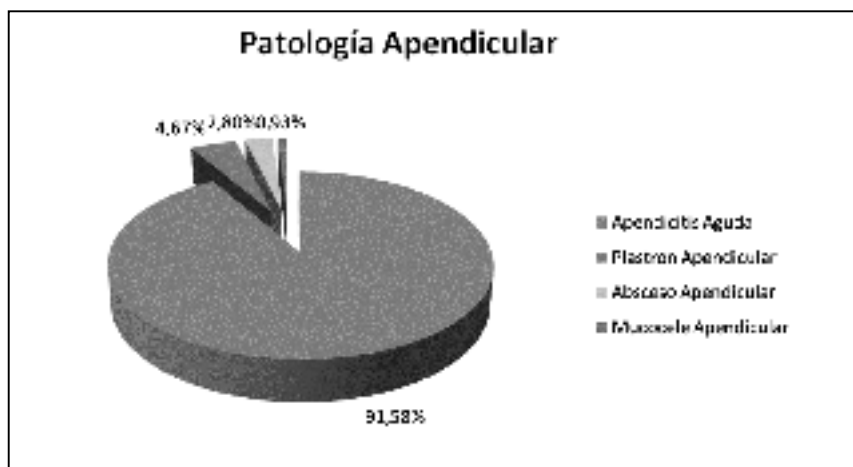


Gráfico 10. Distribución de complicaciones postoperatorias en intervenciones realizadas en Equipo Cirugía Digestivo HBV – Enero a Diciembre 2006.

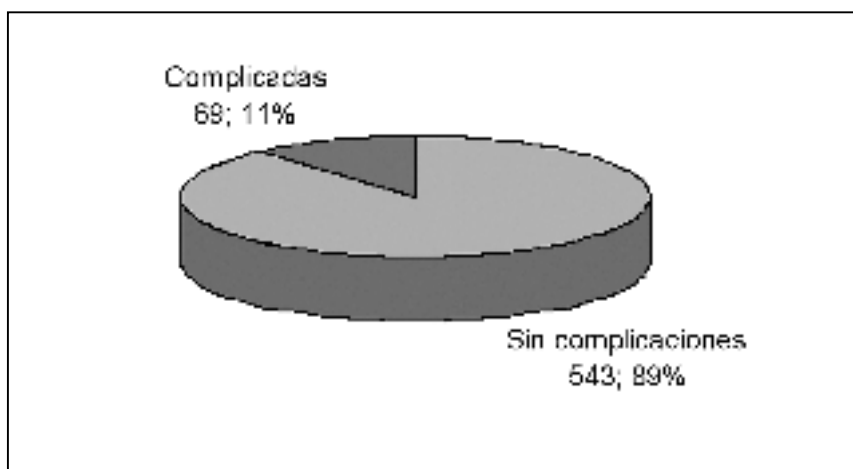


Tabla 2. Distribución numérica y porcentual de pacientes operados y no operados en Equipo de Cirugía Digestivo de HBV – Enero a Diciembre de 2006.

	Nº	%
Operados	612	69,23
No operados	272	30,77
TOTAL	884	100

Tabla 3. Distribución numérica y porcentual de tipo de cirugía realizada en pacientes operados en Equipo de Cirugía Digestivo de HBV – Enero a Diciembre de 2006.

	Nº	%
Electiva	320	52,29
Urgencia	288	47,06
No consignado	4	0,65
TOTAL	612	100

Tabla 4. Distribución numérica y porcentual de tipo de intervenciones realizadas en Equipo de Cirugía Digestivo de HBV – Enero a Diciembre de 2006.

INTERVENCION	N°	%
Colecistectomía clásica	27	4,41
Resección tumoral cualquier origen	56	9,15
Colecistectomía VLPC	130	21,24
CPER c o s papilotomía	74	12,08
Aseo quirurgico	3	0,5
Drenaje	16	2,61
Lap exploradora	45	7,35
Anastomosis intestinal	7	1,14
Resección TGI no tumoral	15	2,45
Apendicectomía clásica	97	15,85
Apendicectomía VLPC	5	0,82
Biopsia cualquier origen	5	0,82
By Pass gástrico	2	0,33
Instalación cateter peritoneal	1	0,16
Retiro cateter peritoneal	3	0,5
Quistectomía o periquistectomía	11	1,8
Nissen VLPC	3	0,5
Polipectomía	2	0,33
Extracción cuerpo extraño esofágico	1	0,16
Sutura ulcera gástrica	2	0,33
Whipple	2	0,33
Coledocostomía	4	0,65
Colonoscopia	2	0,33
Destorsión de asa	1	0,16
Dilatación endoscopic esofágica	7	1,14
EDA	5	0,82
Enterolisis	2	0,33
Enterolitotomía	1	0,16
Esplenectomía VLPC	3	0,5
Fistulectomía	4	0,65
Gastrostomía	2	0,33
Hemorroidectomía	5	0,82
Hepatectomía	3	0,5
Hernioplastía	31	5,1
Herniorrafia	18	2,94
Infiltración ac hialuronico	1	0,16
Instalación pellets	2	0,33
No especificado	15	2,45
TOTAL	612	100

Tabla 5. Tipos de complicaciones postoperatorias en Servicio de Cirugía Digestivo de HBV – Enero a Diciembre de 2006.

Tipo complicación	N°
Anemia	1
Atelectasia basal izq	1
Bilioma postqx	1
Biliperitoneo	2
CBO	2
Fiebre con o sin foco	3
Derrame pleural	1
Dehiscencia anastomosis	2
Infección herida operatoria	13
Sd edematoso	2
Escara	1
Fasceitis	1
Filtración anastomosis	6
Fístula biliar	2
Hemorragia digestiva	1
Hematoma herida operatoria	1
Alteración metabólica	1
Neumonía intrahospitalaria	6
Íleo mecánico o paralítico	2
Invaginación ostomía	2
Infección drenaje	2
Sepsis – Shock	4
Insuficiencia renal aguda	2
Mediastinitis	1
Obstrucción intestinal	2
Pancreatitis postop	2
Sd retención gástrica	1
Seroma	3

DISCUSIÓN

El trabajo diario en un Servicio de Cirugía y los alcances que pueden llegar a tener sus intervenciones, van de la mano con el tipo de patologías que en él se presentan, como en el conocimiento que tengan los profesionales a cargo de dichas pacientes. Es por esto que tener una base de datos que resguarde los diagnósticos más frecuentes y un análisis acabado de ellos, permite mantener al día las necesidades fundamentales del grupo quirúrgico.

En el caso del Equipo Cirugía Digestivo del HBV hemos podido corroborar cuándo, cómo, y qué patologías quirúrgicas se presentan. El problema surge al intentar analizarlas, puesto que, como ya se mencionó, no existe un registro homogéneo de éstas al no haber una

Tabla 6. Número y porcentaje de epicrisis con fallas de registro, según tipo de falla, en Servicio de Cirugía Digestivo de HBV – Enero a Diciembre de 2006.

	DATO NO LEGIBLE		DATO NO CONSIGNADO		DATO INCOMPLETO		VARIAS FALLAS
	1	2 o más	1	2 o más	1	2 o más	
n	13	0	275	54	15	0	28
%	1,5	0	31,1	6,1	1,7	0	3,2

Tabla 7. Variable mal registrada en epicrisis, según número de veces, en Servicio de Cirugía Digestivo de HBV – Enero a Diciembre de 2006.

VARIABLE	n
Sexo	3
Edad	20
RUT	68
Nombre	5
Apellido 1	9
Apellido 2	37
Ficha clínica	7
Procedencia	52
Fecha de ingreso	2
Realización de cirugía	66
Diagnóstico	1
Cirujano	6

nomenclatura común que identifique de manera más exacta cada diagnóstico a registrar. Es por esto que debimos analizar cada patología en conjunto con otras similares para poder llegar a una conclusión más real de lo que ocurre en el servicio. Otro aspecto que debe considerarse es el que concierne al método de registro de los datos. Actualmente se basa en el traspaso a una base de datos en formato Excel de lo apuntado manualmente en hojas de epicrisis elaboradas al momento del alta de cada paciente, las cuales cuentan con parámetros preimpresos. El problema surge desde el momento en que existen varios formatos de epicrisis, careciendo algunos de variables necesarias de registrar. Otro inconveniente es que, al ser un registro manuscrito, muchas veces los datos no son legibles, dado esto por el estilo de letra de la persona que da de alta al paciente y/o por la mala calidad del escrito. Además los fines de

semana simplemente se produce una desaparición de este documento. Todo esto hace pensar en lo poco conveniente de un registro manual, considerando la avanzada tecnología hoy por hoy existente, pudiendo instaurarse un sistema de registro computacional que funcione a modo de epicrisis. Así, todos los datos serían correctamente almacenados, de manera legible y sin omisión de pacientes ni variables.

En cuanto al trabajo realizado en el equipo, se demuestra que se repite la situación mencionada en la literatura nacional por cuanto existe una alta prevalencia de las enfermedades litiásicas de vía biliar^{1,2}, tanto en el análisis de cada patología en particular, como en conjunto con patologías similares³.

Por otro lado, también se estableció una mayoría de pacientes de sexo femenino dentro de las patologías que se presentaron, y de edad avanzada, lo que se puede relacionar a su vez con la alta prevalencia de enfermedad de vía biliar, que según la literatura, afecta en su mayoría a este grupo². El cambio de prevalencia de sexo que se demostró durante la adolescencia podría estar dado principalmente por la patología de trauma abdominal y apendicular, que en este caso, afecta más a este grupo de pacientes.

Es interesante también destacar que se demostró una mayoría de intervenciones de carácter electivo, por lo que, si lo relacionamos nuevamente con la patología litiásica, podríamos sugerir que está aumentando la pesquisa de este tipo de patología evitando la cirugía de urgencia que tantas complicaciones puede traer.

Con todo esto, podemos sugerir ampliar el estudio, analizando sólo esta base de datos, con respecto sólo a una patología en particular, como puede ser las más prevalentes, con respecto a las demás variables (sexo, edad, tipo de cirugía, etc.).

Para concluir, mencionar que en el equipo de Cirugía Digestiva del Hospital Base Valdivia la patología más frecuente es la litiasis de vía biliar; en su mayoría en mujeres de edad avanzada, y que la mayoría de las intervenciones realizadas poseen carácter electivo. Es recomendable crear una nomenclatura común para cierto tipo de enfermedades que haga más fácil su registro en la base de datos y además, un registro computacional de éstos, que permita

tener los antecedentes de cada paciente de forma más práctica y facilite su posterior análisis. Adecuado sería asimismo reforzar la necesidad de registro completo y correcto en las epicrisis actuales a quienes deban realizarlas. Finalmente, con los datos contenidos en el registro del equipo estudiado se puede ahondar aún más en el tipo de pacientes correspondiente a cada patología pudiendo realizarse un estudio más acabado de la realidad a la que se enfrenta cada día.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sociedad Chilena de Gastroenterología. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. 2002. 262-9.
- 2 Pérez-Ayuso R M, Hernández R, Verónica, González P, Berta, *et al.* Historia natural de la colelitiasis: Incidencia de colecistectomía en un área urbana y una rural mapuche, en la última década. *Rev. Méd. Chile*, jul. 2002, vol.130, no.7, p.723-30. ISSN 0034-9887.
- 3 Montoya-Aguilar C. La Litiasis Biliar y el Cáncer de la Vesícula y Vías Biliares En Chile: Dos Estrategias. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2004, 44:162-75.