

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Gestión del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador desde la perspectiva de un centro moderno de manejo de información

Drs. ALBERTO ACEVEDO, JUAN LOMBARDI, DAVID CONTRERAS, FELIPE COSTA

Departamento de Cirugía, Hospital del Salvador

RESUMEN

La necesidad de tener una información detallada de las actividades diagnósticas y terapéuticas del Servicio de Cirugía ha sido el motivo por el cual se ha implementado una base de datos (archivo) computacional. El archivo se elaboró mediante programa Epi Info 6,04 que es distribuido sin costo por la OMS. La gestión de esta iniciativa empleó la oficina de Auditoría existente en el Servicio con su personal consistente en un médico auditor y una secretaria. La epicrisis del Servicio se transformó para que su contenido pudiera ser vertido al programa computacional. En este informe damos cuenta de la marcha del Servicio en un año calendario y hacemos un análisis de la marcha de la base de datos del Servicio. En este período hubo 4671 egresos, 3016 correspondientes a pacientes electivos (2007 mujeres y 1009 varones) ingresados desde el policlínico de Cirugía, y 1592 (828 mujeres y 784 varones) correspondientes a trasladados desde la Unidad de Emergencia. El 82% de los pacientes electivos se sometió a una intervención, el 9,4% a procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el 8,6% se dio de alta sin ser intervenido. El 47% de los pacientes trasladados desde Urgencia se operó en esa Unidad, el 5% se intervino en el Servicio de Cirugía y el 48% fueron de manejo médico. La estadía hospitalaria promedio global fue de 7,04 días, sin embargo, ella se desglosa en 5,9 para los pacientes electivos y en 10,22 para los provenientes de la unidad de Emergencia. La mortalidad de los pacientes electivos fue de 0,4% y la de los pacientes de Urgencia 1,5%. Los principales obstáculos para la gestión del archivo computacional del Servicio fueron deficiencias en el llenado de la epicrisis que obligaron a una permanente vigilancia por parte del médico.

PALABRAS CLAVES: *Auditoría quirúrgica, archivos médicos*

SUMMARY

A database has been implemented in order to have detailed information about both the diagnostic and therapeutic activities of the Surgical Department. The Epi Info 6.04 program distributed by the WHO was used to elaborate the records. The auditor's office and its staff were used to develop this project. The discharge records were adapted to the computer programs. We report the work of the Surgical Department during a calendar year and analyzed the performance of the database. During this period there were 4671 discharges, 3016 were elective patients (2007 females and 1009 males) admitted from the Surgical Outpatient Clinic and 1592 patients (828 females and 784 males) transferred from the Emergency Unit. Of the total, 82% of the elective patients underwent surgery, 9.4% underwent diagnostic or therapeutic procedures and 8.6% was discharged without any intervention. Of the patients transferred from the Emergency Unit, 47% had undergone surgery at the same unit, 5% received surgery at the Surgical

Department and 48% were treated medically. The overall hospital stay was 7.04 days on average; 5.9 days for elective patients and 10.22 days for patients referred from the Emergency Unit. Mortality rate for elective patients was 0.4% whereas for emergency patients was 1.5%. Deficiencies in the filling of discharge records were the main problem in the management of the Surgical Departments database.

KEY WORDS: ***Surgical audit records, medical records***

INTRODUCCIÓN

En su introducción a la clasificación general de las enfermedades, la OMS establece que las clasificaciones son un acto fundamental para el estudio cuantitativo de todo fenómeno y necesaria para toda generalización científica.¹ La ordenación de los fenómenos en archivos facilita estas clasificaciones, su observación y manejo estadístico.

Existe consenso que la calidad de un servicio clínico está en directa relación con la información que posea de las actividades que realiza. Esta calidad se aprecia en los informes y publicaciones científicas, apreciándose que los estudios presentados por autores provenientes de centros de un alto estándar son regularmente prospectivos, aleatorios y toman en consideración los elementos de salud pública que correspondan. Contrastando con ello, las presentaciones de los autores chilenos son frecuentemente retrospectivas y ponen en evidencia un manejo no representativo de la información. Consciente que las leyes y reglamentos de los Servicios de Salud no consideran la realización de acciones de investigación por parte de los médicos contratados en los Hospitales Públicos y que en los Servicios Clínicos de estos Hospitales, no existe una infraestructura que favorezca la realización de investigación clínica, el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador creó en 1998, la Unidad de Auditoría y Estudios Clínicos cuya función es la elaboración de una base de datos computacional que contenga y elabore la información diagnóstica y terapéutica del Servicio.

El objetivo de esta presentación es dar cuenta de la gestión de la oficina de auditoría computarizada durante un año.

MATERIAL Y MÉTODO

La oficina de auditoría del Servicio se transformó en una Unidad de Auditoría computarizada proveyéndola de una computadora con el hardware y software necesarios. Para los efectos del presente estudio se utilizó el programa Epi-Info 6,04 que contiene un programa especialmente elaborado por la OMS para efectuar estudios clínicos y de salud pública.

La epicrisis tradicional del Servicio se modificó de manera que contuviera la información general;

diagnóstica y terapéutica (Tablas 1a a 1d). Se recurrió a una clasificación en tipos y subtipos anatómico de diagnóstico y tratamiento. Ejemplo: clasificación diagnóstica tipo: biliar, y subtipo: coledoclitiasis. Clasificación terapéutica tipo: tratamiento biliar, y subtipo: ectomía laparoscópica. Procedimos a abrir una ventana "tipo" para los "no operados".

Las epicrisis fueron llenadas al momento del egreso por los residentes y médicos del Servicio y revisadas por el médico auditor con el fin de corregir los errores. En 500 epicrisis consecutivas se consignaron los errores en una hoja preimpresa y se distinguieron en errores de identificación (nombre, dirección, teléfono, número de ficha, etcétera) del diagnóstico y de la terapia (rotulación ausente o equivocada).

La digitación de la información contenida en la ficha de epicrisis a la base de datos fue ejecutada por una secretaria especialmente capacitada, la que debió además realizar permanentemente la actualización, revisión y corrección de la información contenida en la base de datos. Las epicrisis recibieron automáticamente el número de orden correspondiente del archivo lo que permitió que los casos fueran identificados con facilidad.

Las Epicrisis se empastaron en volúmenes mensuales para facilitar su conservación y uso.

El presente estudio se efectuó en los pacientes que egresaron del Servicio de Cirugía en un año calendario, entre el 1 de junio del año 2000 y el 31 de mayo de 2001.

La estadística utilizada en el presente estudio se encuentra incorporada al subprograma "Análisis" de Epi-Info y consiste en el cálculo de los valores medios y de la dispersión así como el cálculo de la significancia estadística de la diferencia entre dos grupos con el método de t de Student.

RESULTADOS

El número de pacientes que egresaron desde el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador en un año calendario se aprecian en la Tabla 2. La mayoría de los pacientes ingresaron en forma electiva desde el Policlínico, siendo la segunda forma más frecuente de ingreso el traslado desde la Unidad de Emergencia. Los pacientes egresados desde el Pensionado fueron excluidos del presente estudio.

Tabla 1a
EPICRISIS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA. INFORMACIÓN GENERAL

Sala: _____ Equipo: _____ Cirujano: _____ Ayudante: _____

Nombre: _____

Ficha: Sexo: _____ Edad: _____ RUT: -

Calle: _____ Nº: _____ Depto.: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Fecha Ingreso: _____ Fecha egreso: _____

Forma de ingreso: Policlín: Ambulat/Hospital Traslado: SUS/Medicina/otro OP en SUS: Sí No

Estadia Preop. Postop. SAIC UCI Total

Diagnóstico principal: _____

Otras patologías: (Diabetes - HTA - Obesid.morb. - Coronar - Ins. card. - LCFA - Tabaco - Ins. renal - Cirros - Otro

Operación: Sí No Reoperación Sí No Reopersí 1-2-3

Op. principal: _____

Fallece: Sí No **Causa de muerte:** Neumoaspir, cardiopatía, Insuficiencia respiratoria, AVE, ceterminal, bronconeumonía, hemorragia, insuficiencia hepática, peritonitis, IAM paro cardíaco respiratorio, FOM, sepsis, neumonía, pancreatitis, embolia pulmonar, otro: _____

Evolución: _____

Tabla 1b
TIPOS Y SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico

<i>Hepat.</i>		<i>Biliar</i>			<i>Pared</i>		
Hidatidos	Abscesame	Coledocol	Caroli	Fistbilext	Hinguinal	Hspiegel	Eventcolos
Abscespiog	Metamulti	Coledocol	Colecistit	Biliperit	Hingocomp	Hotrarecid	Heridopin
Metaunica	Cirrosis	Colangit	Colecoled	Polipovesi	Hingrecid	Eventrac	Heropdehis
Ascitis	Hipertort	Cavesicula	Caampular	Otro	Hfemoral	Eventcompli	Eviscaier
Hiperesple	Quistehepa	Estenviabi	Cacoledoco		Hfemocomp	Evenrecid	Evisccubie
Tuhepat	Otro	Bilioma	Lesiocolod		Humbilic	Mallarecid	Otro
		Mirizzi	Quistcoled		Hepigast	Mallainfec	
<i>Páncreas</i>		<i>Coloproctología</i>			<i>Cavabdom.</i>		
Itisedemat	Itisnecrot	Cacolon	Condiloma	Fisutulaano	Peritonit	Fistulaint	Enteritis
Itiscron	Flemperipa	Carecto	Estenrect	Fisura	Abscintabd	Turetroper	Ilibiliar
Quistepanc	Pseudoquis	Crohn	Colostoma	Abspelvrec	Patolepipl	Carcinomat	Intususcep
Abscepanc	Litiaspanc	Vólvulo	Fecaloma	Hemorrsang	Dolorabdom	Ileostoma	Meckel
Capancrea	Otro	Caano	Caciego	Hemorrflex	Linfosarc	Abscsubfre	Ileostoma
		Fistrecvag	Divertitis	Quistpilon	Tuintdelg	Perfortifi	Trombmesen
		Anal	Megacolon	Obsintbaja	Iliomecan	Mesenterit	Perfintes
		Hemorroid	Poliposis	Colitulcer	Ilioparali	Hodgkin	Tusupraren
		Hemorrtram	Prolapso	Otro	Carcinoide	Metagangl	Otro

Tabla 1b (continuación)
TIPOS Y SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico							
<i>Gastro</i>		<i>Trauma</i>			<i>Pared</i>		
Ulcegastro	Ulceduode	Politrauma	Penetabdo	Tecabierto	Caesofa	Esofcorto	Diverticul
Gastro	Linfogastro	Lesiopancr	Penetorax	Lesioraqui	Tubernigno	Herparaesof	Ulceesof
Cacardial	Sindrplor	Lesiogastr	Hemotorax	Heridabala	Achalasia	Cacardesof	Herhiat
Ulceneobo	Ulcerperfor	Lesiobazo	Lesiohigado	Traumaabd	Esoitistr	Perforesof	Trastmotor
Cuerpoextra	HDCA	Lesiointes	Lesioduode	Penetorabd	Estenopept	Esoitssep	Escleroder
Hdulcer	Hdotra	Teccerrado	Lesioarte	Fractura	Estenocau	Esoitiscou	Otro
Hdvaarice	Tubenigno	Lesiomulti	Leioporta	Otro	Variceesof	Barrett	
Malfvasc	Otro	Suicidio			Plumvinson	RGEP	
<i>Mama</i>		<i>Plástica</i>			<i>Vascular</i>		
Ca.mama	Mastitisag	Lipoma	Abscespiel	Oreja en asa	Eaoortoil	Várices	Arteritis
Recidlocal	Mastiticr	Quistecuta	Abscprof	Labioplep	Eaofempop	Sindpostro	Takayasu
Microcalci	Hipertrof	Hemangio	Fistulacut	Narizlepor	Eaoperif	Fistucompl	Isqcritica
Distoarqi	Hipotrof	Adenopatia	Fasceitnec	Ptosfacial	Eaovisc	Tromvenpro	Otro
Nodulomama	Ginecomast	Cicatretre	Heridocort	Ptosparpebr	Eaocervic	Piediaisqu	
Phylodes	Mamasupern	Quemadagu	Heridpunz	Amigdpape	Aneuraort	Sindcompar	
Metagangl	Papintradu	Ulcerapiel	Heridcontu	Decubito	Aneurpopli	Muñomcompl	
Fibroaden	Paget	Queloides	Heridabras	Rinoxifosis	Aneuriotro	Tromvensup	
Fistumama	Otro	Tubenigno	Desforram	Hematoma	Eaoaguda	Trombangei	
		Tumaligno	Sarcoma	Otro	Piedianeuro	Bypassoclu	
		Celulitis	Rinofima				
		Erisipela	Erisipela			Fractnasal	
<i>Cabeza-Cuello</i>		<i>Varios</i>			<i>Patol.médica</i>		
Catiroide	Calaringe	Hiperesple	Cacervuter	Tutesticul	Cirrodesco	Coronario	Angor
Bocio	Caesofcerv	Tubazo	Caprostata	Plastapend	Ascitis	Insufcard	Ave
Paratiroid	Cafacial	Lesiobazo	Salpingit	Peritapend	Gastritis	Insufrenal	Hodgkin
Caorofarin	Quistecerv	Tuovarico	Anexitis	Caapendice	Gastroente	Colicoren	Otras
Ca.lengua	Quistebraq.	Quistomova	Endometrit	Hemoperit	Dispepsia	LCFA	
Ranula	Caotro	Mioma	Endometrio	Cuerextrañ	Colitis	ITU	
Tuparotida	Hiperparat	Tuuterino	Apendicit	Otros	Amebiasis	Uroobstruc	
Caparotida	Otro	Turenal	Abscapend		Neumopat	Hepatit	
Litiasaliv							

Tabla 1c
TIPOS Y SUBTIPOS DE TRATAMIENTO

Tratamiento							
<i>Trapancr</i>		<i>Trapared</i>			<i>Trabiliar</i>		
Quistect	Periquistec	Bassini	Lichtenst	Plastmalla	Ectolapar	Papiloplas	Laparcover
Masupiali	Pancreatec	Shouldice	Mallaotra	Extramalla	Actoabier	Anasbildig	Quistect
Cisgastros	Whiple	Madden	Stoppa	Otro	Ectocolad	Hepatect	Drenajetph
Hepatecder	Reseccola	Mcvay	Evenrafia		Coledoplas	Cuñahep	Otro
Hepatecizq	Otro	Hernrafotr	Eventmalla		Coledocost		
Segmentec		Nyhus	Granplast		Ectoradic		
<i>Traprocto</i>		<i>Tracoln</i>			<i>Traabdom</i>		
Opprolapso	Caextirloc	Colectsubt	Miles	Reconstra	Aseodren	Yeyunost	Ectsuprare
Ophemorroi	Resquispil	Colecttotal	Duhamel	Polipect	Laparoexpl	Resecintes	Otro
Fistulot	Drenabsces	Hemicolder	Devine	Otro	Tumorect	Apendicec	
Fistulect	Plastiesfi	Hemicolizq	Colostasa		Biopsia	Apendrena	
Ligesfint	Colgmucoso	Sigmoidect	Colosterm		Adherlisis	Apendotro	
Opcondilom	Otro	Resecantr	Illosterm		Suturintes	Drenaje	
Esfinterot		Hartman	Ileostmasa		Enterotom	Nefrect	

Tabla 1c (continuación)
TIPOS Y SUBTIPOS DE TRATAMIENTO

Tratamiento							
<i>Tratrauma</i>		<i>Tragastr</i>			<i>Traeso</i>		
Laparoexpl	Sutviscsol	Gastrextot	Piloroplas	Vagectron	Esofagect	Drenmadias	Pleurot
Toracoexpl	Suturvasc	Gastrecsub	Gastrom	Vagsuperse	Cardmiotom	Esofagost	Drentorax
Torlapexpl	Espenect	Antrect	Duoenoraf	Gastroyeyu	Gastrost	Rgelaparos	Exploporax
Sutvischue	Opcompleja	Laparotexp	Gastroraf	Otraopca	Extirdiver	Rgelaparot	Laparexplo
Traumatom	Otro	Laparoscecx	Vagecselec	Otra	Extcuerext	Esofagost	Dilatesof
Drenpleura		Reseculcer			Ophernhiat		
<i>Tramama</i>		<i>Travasc</i>			<i>Traplast</i>		
Mastectot	Protesmama	Bypassafe	Simpatcerv	Fsciotom	Tumorect	Plastimama	Asequirur
Mastecradi	Fistilect	Bypassprot	Safenect	Ampudedo	Lipomect	Rinoplast	Ritidectom
Mastecparc	Ooforect	Bypaextana	Ligaperfor	Ampupie	Drenabsces	Tratquelo	Blefaplast
Tumorect	Drenalect	Endarterec	Fistulanat	Ampupiern	Plastcutan	Extrirpac	Auricplast
Adenectom	Dreabsmama	Trataneur	Fistuprot	Ampumuslo	Tratquem	Drenaje	Queioplast
Tramf	Biopsia	Embolect	Oppta Stent	Ligadcayad	Injertpiel	Sutura	Otro
Plastiredu	Parci	Simpatlumb	Asequirur	Otro	Plasabdom	Excisutura	
Plasrecons	Otro				Drenhemato		
<i>Travarios</i>		<i>Tracabecue</i>			<i>Procedim</i>		
Esplenect	Histerect	Tiroidecto	Lintadenec	Parotidect	Biopsia	Extracalc	Drenpercut
Suturbazo	Histerdic	Tiroiderad	Extracalc	Laringect	Gastrostom	Escleroter	Angioplast
Ooforect	Nefrect	Quistresec	Reconplast	Colgrotat	Dilatesofa	Gastrospere	Ptastent
Quistecovar	Adrenalect	Tumorect	Parirect	Colgpedic	Traqueost	Dilatacion	Extracuect
Salpooforec	Toracost	Resecampia	Linfadenecc	Colglibre	Laparodiag	Radiofrec	Otro
Masajcard	Otro	Disradcue	Comando	Otro	Plevrotom	Angiograf	
					Ercp	Flebograf	
No se opera							
Rechazo	Traslado	Fueralcanc	Tratconser	Causaneste	Complpreop		
Fallece	Enfsistem	Pide alta	Alta estud.	Operdiferi	Otro		

Tabla 1d
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Complicaciones Sí No							
<i>Paredabdom</i>		<i>Broncpulm</i>			<i>Vascular</i>		
Eventrac	Cierredife	Bronquitis	Pleuritis	Hemotorax	Flebitis	Trombbypass	TVP
Infección	Hematoma	Bronconeum	Neumotorax	Gripe	Trombart	Emboliaart	Sindromcompa
Eviscer	Necrocuta	Neumonitis	Neumaspir	Amigdalitis	Hemorrag	Embolpulm	Muñoncompl
Fasceinecr	Otro		Derrampleu	Otro	Otro		
<i>Cardíaca</i>		<i>Tegumentos</i>			<i>Abdominal</i>		
IAM	Arritmia	Ulceradecu	Fallacolgaj	Fasceitnec	Ileo	Cuerextrañ	Fistubilli
Insufcard	Fallabomb	Urticaria	Infecberid	Otro	Fistuintes	Biliperit	Abscsubfr
	Otro	Hematoma	Necrodga		Abdomagud	Dehissutur	Abscotro
					Pancreatit	Hiatrocole	Otras
<i>Urinary</i>		<i>Otras</i>			<i>Vascular</i>		
ITU	Uropobstr	Sepsis	Desnutric	Altmetab	Fallabomb	Fallaresp	IRA
Colicren	Otro	Fallmultorg	Hemorrag	Fallahep	IRC	Hepatitis	Ulcestress
		HDA	HDB				Otro

Tabla 2

TOTAL DE PACIENTES EGRESADOS DURANTE UN AÑO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR Y SU PROCEDENCIA

<i>Total: 5155</i>	<i>Pacientes del extrasistema(*)</i>	<i>484</i>
	<i>Pacientes del sistema</i>	<i>4671</i>
Forma de ingreso	Policlínico	3016
	Unidad de Emergencia	1592
	Traslados otros servicios	63
	Total	4671

(*) Este grupo de pacientes no será incorporado a este estudio.

La edad y distribución por sexo de los pacientes de esta muestra se aprecian en la Tabla 3. La edad promedio de los pacientes provenientes de la unidad de Emergencia fue significativamente menor que la de los ingresados desde el Policlínico. No se apreció el predominio de alguno de los sexos en los pacientes de urgencia, a diferencia de los pacientes electivos, provenientes del Policlínico donde predominó el sexo femenino.

La Tabla 4 señala el tipo de tratamiento efectuado. Los pacientes que ingresaron desde el Policlínico se intervinieron en 2481 (82%) oportunidades; se sometieron a algún procedimiento terapéutico como angiografía o ERCP en 285 (9,4%) ocasiones, y se dieron de alta sin ser intervenidos en 250 (8,6%) casos. Las causas de la no intervención de estos pacientes hospitalizados en forma electiva se analizan en la Tabla 5.

De los pacientes trasladados desde la Unidad de Emergencia 746 (47%) habían sido intervenido, 82 (5%) se operaron en el Servicio de Cirugía y 764

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN DE EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA DESDE EL SERVICIO DE CIRUGÍA.**Junio 2000 - Mayo de 2001 (n= 4671)**

Pacientes ingresados desde el Policlínico	3016
Edad promedio	53 (14-93)
Varones (V)	1009
Mujeres (M)	2007
Relación M/V	2/1
Pacientes de la Unidad de Emergencia	1592
Edad promedio	48 (14-95)
Varones (V)	764
Mujeres (M)	828
Relación M/V	1/1
Traslados otros servicios	63

Tabla 4

TIPO DE TRATAMIENTO EFECTUADO SEGÚN LA PROCEDENCIA (n= 4671)

Ingresados desde el Policlínico	(%)
Intervenido en Servicio de Cirugía	2481 (82)
No se opera(*)	250 (8,6)
Procedimientos	285 (9,4)
Total	3016
Traslados desde Servicio Emergencia Hospital Salvador	
Cirugía efectuada en el SES	746 (47)
Cirugía efectuada en Servicio de Cirugía	82 (5)
Tratamiento conservador	764 (48)
Total	1592
Traslados otros servicios	63

(*)Estos pacientes se analizarán por separado (Tabla 5).

Tabla 5

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES ELECTIVOS PROVENIENTES DEL POLICLÍNICO DE CIRUGÍA (n= 250)

Tratamiento conservador	112
Operación diferida	108
Fuera de alcance quirúrgico	8
Alta para estudio	6
Rechazo por causa anestésica	8
Quimioterapia	4
Complicación preoperatoria	2
Enfermedad sistémica	1
Fallecimiento	1
Total	250

(48%) fueron sometidos a tratamiento conservador. Este último grupo estuvo constituido por una gran variedad de cuadros patológicos de urgencia como trauma en sus diversas formas, accidentes vasculares, trombosis venosa profunda, etc., todos ellos de manejo conservador.

La Tabla 6 muestra la patología predominante en los pacientes ingresados desde el Policlínico y de la Unidad de Emergencia.

La Tabla 7 muestra la estadía hospitalaria del Servicio de Cirugía. Destaca una estadía hospitalaria general promedio de 7,04 días, pero conviene desglosarla en una estadía promedio de 5,9 días para los pacientes electivos hospitalizados desde el Policlínico de Cirugía y una de 10,2 correspondiente a los pacientes ingresados desde la Unidad de Emergencia. Esta diferencia es altamente significativa con un $p < 0,0001$. Los pacientes electivos fueron intervenidos en una proporción cercana al

Tabla 6

PATOLOGÍA PREDOMINANTE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE EL POLICLÍNICO Y LOS PROVENIENTES DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA

	%
<i>Pacientes provenientes del Policlínico:</i>	
Patología biliar	30,7
Hernias y eventraciones	15,5
Patología vascular	11,4
<i>Pacientes trasladados desde Unidad de Emergencia:</i>	
Patología biliar	19,5
Trauma	8,2
Hernias y eventraciones	7,8

45% en forma ambulatoria o mediante cirugía de un día; la mortalidad de los pacientes provenientes de la Unidad de Emergencia fue de un 1,9%, y la de los pacientes electivos provenientes del policlínico del Servicio de Cirugía de 0,85%.

DISCUSIÓN

La existencia de la oficina de Auditoría del Servicio de Cirugía, con las funciones de revisar y ordenar las fichas clínicas y de confeccionar los libros de alta del Servicio, ayudó considerablemente a la factibilidad del proyecto de crear la Unidad de Auditoría computarizada, sin embargo, su realización exigió un gran compromiso por parte de la jefatura de Servicio por cuanto, tal como señalamos en la introducción, los legisladores no consideraron necesario que los Hospitales contaran con una información pormenorizada de su actividad y como consecuencia de ello los Hospitales Públicos no disponen de una infraestructura técnica administrativa que cumpla esta función.

El objeto es proporcionar información sobre la gestión general del Servicio de Cirugía. Conviene destacar que la base de datos que presentamos permite efectuar estudios de prevalencia selectivos, diagnósticos y terapéuticos de los pacientes que ingresan al Servicio de Cirugía así como analizar la efectividad de las acciones realizadas.

La metodología empleada en los estudios de morbimortalidad disponibles en el país ha sido la encuesta realizada por encuestadores profesionales en una muestra aleatoria de hogares de la ciudad de Santiago con el objeto de obtener información general sobre morbimortalidad aplicable al gran Santiago,^{2,3} o una consulta dirigida por correo a los Directores de Hospitales y a los Jefes de los Servicios con el propósito de establecer la prevalencia de las patologías y operaciones más frecuentes efectuadas en los hospitales chilenos.⁴

Tabla 7

ESTADIA HOSPITALARIA (EH)

	Media	Margen
Pacientes electivos	5,9	0 - 253
Pacientes de Urgencia	10,22	0 - 157
Total	7,04	0 - 253

Llama la atención la coincidencia de la prevalencia de las patologías electivas y de urgencia más frecuentes establecidas en nuestro estudio con las dadas a conocer en el estudio de Csendes y cols.⁴ para hospitales de tipo A del país.

El número total de egresos consignados en el presente estudio es similar a los que informa el Boletín Estadístico de la Unidad de Bioestadística del Hospital del Salvador.⁵⁻⁶ El traslado de un gran número de pacientes agudos desde la Unidad de Emergencia tiene una gran influencia sobre los resultados de la gestión del Servicio de Cirugía. El presente estudio discrimina entre los pacientes agudos que ingresaron desde la Unidad de Emergencia y los electivos apreciando diferencias marcadas entre ambas muestras. Los pacientes agudos provenientes de la Unidad de Emergencia son en promedio 5 años menores que los electivos y la proporción de hombres y mujeres que es 1:1 para las urgencias, muestra un predominio de las mujeres en los electivos. Se aprecia también que una alta proporción (48%) de los pacientes agudos trasladados al Servicio de Cirugía presentan patologías de manejo médico y que requieren de una hospitalización significativamente más prologada. Este hecho abulta a 7,04 días el promedio de hospitalización del Servicio de Cirugía, cifra algo mayor a la de 6,73 días que da a conocer el Boletín Estadístico del Hospital. El promedio de hospitalización fue para los enfermos electivos de 5,9 días, y para los enfermos agudos provenientes de la Unidad de Emergencia de 10,2. Una ulterior disminución de los días de hospitalización podría obtenerse derivando los pacientes con afecciones agudas no quirúrgicas a los Servicios correspondientes. Nuestro estudio permitió analizar por separado la mortalidad de los pacientes provenientes de la Unidad de Emergencia, con un 1,9% a de la de los pacientes electivos con un 0,8%.

En esta publicación hemos querido entregar una información sobre la gestión del Servicio con el propósito de señalar la eficacia de un programa de auditoría computarizada; debemos destacar, sin embargo, que ésta es sólo una pequeña parte de la información contenida en nuestros archivos.

En el presente estudio destacan virtudes y defectos de nuestra gestión. Dentro de las primeras es necesario destacar el descenso de la estadía hospitalaria en base a un incremento de la cirugía de un día a la ambulatoria a la que tienen acceso las hernias, las várices y la patología de la mama, y de la cirugía de un día constituida principalmente por la colecistectomía laparoscópica.

Como un defecto debemos hacer notar el elevado número de pacientes que, hospitalizados por una afección quirúrgica electiva, fueron dados de alta sin ser intervenidos. Un número no despreciable de estos pacientes debieron ser dados de alta por la imposibilidad de realizar exámenes indispensables o por no disponerse de un cupo en la Unidad de Cuidados Intensivos, considerada indispensable en la evolución postoperatoria. Una mejoría de la infraestructura hospitalaria deberían aumentar aún más la eficiencia del Servicio.

Consideramos de gran importancia disponer de informes periódicos de gestión, ya que ello permite un control de los proyectos en marcha y facilita, mediante un mecanismo de retroalimentación, su corrección y optimización.

La base de datos acá analizada ha demostrado su factibilidad en un Servicio de Cirugía sin significar un aumento de los costos institucionales. Sería deseable, sin embargo, que estas unidades de apoyo fueran consideradas en la planificación de los Servicios del futuro, dotándolas de un financiamiento adecuado, por las evidentes ventajas para la gestión y para la realización de estudios clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Clasificación internacional de enfermedades. Revisión 1965; 1: 7.
2. Medina E, Kaempfer AM: Morbilidad y atención médica en el gran Santiago. Rev Méd Chile 1979; 107: 107-55.
3. Medina E, Kaempfer AM, Cumsille F: La atención de salud en la región metropolitana: comparación de las encuestas de 1977 y 1983. Rev Méd Chile 1985; 113: 107-15.
4. Csendes A, Medina E, Medina AM: Características de los Servicios de Cirugía y operaciones más frecuentes realizadas en diferentes tipos de hospitales. Rev Méd Chile 1983; 111: 1065-74.