

ATENCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DE VÍAS BILIARES EN DOS INSTITUCIONES DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD, 1995

María Consuelo Castrillón Agudelo¹

Eugenia Jaramillo Londoño²

María Cecilia Lalinde Gómez³

Liria Pérez Peláez⁴

Matilde Palacio Molina⁵

Resumen

Este proyecto se enmarca dentro de dos líneas de investigación, una sobre calidad de atención en salud y otra sobre práctica de enfermería.

Se seleccionó la atención a pacientes sometidos a cirugía de vías biliares por ocupar ésta el segundo lugar de incidencia en cirugías del tracto digestivo, después de la úlcera gastro-duodenal¹ y las instituciones de segundo nivel de atención porque, en el proceso de mejorar la calidad de los servicios, estas instituciones han manifestado interés por evaluar la calidad de la atención que prestan, teniendo en cuenta que se están ampliando sus servicios quirúrgicos. Por la misma razón, enfermería necesita construir modelos y protocolos de atención de alta calidad, en beneficio de los usuarios de los servicios y de la cualificación de su función científico técnica. Se concluyó que hay limitaciones en la eficiencia de las instituciones en la planeación y administración general, insuficiencia en el recurso profesional de enfermería y deficiencias estructurales en los puestos de enfermería. Los profesionales de enfermería han delegado su función básica, relacionada con el cuidado y la educación de las personas sometidas a estas intervenciones. Es evidente la inclusión de programas ambulatorios y por vía laparoscópica. Sólo se encontró una complicación

1. Enfermera Magister en Educación. Universidad de Antioquia. Decana Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
2. Enfermera Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
3. Enfermera Magister en Orientación y Consejería. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
4. Enfermera Magister en Orientación y Consejería. Universidad de Antioquia.
5. Enfermera Universidad de Antioquia. Auxiliar de la investigación.

alarmante en la evolución del paciente. Se relatan las dudas que encuentra el paciente y su familia para el manejo posoperatorio en el hogar.

Palabras clave

Calidad de la atención de salud

Cuidado de enfermería

Colecistectomía

Modelos de enfermería

ASSISTANCE TO PATIENTS UNDER BILE DUCT ELECTIVE SURGERY IN TWO SECOND-LEVEL HEALTH INSTITUTIONS 1995

Summary

This project is framed within two research lines. The first one is about health care assistance, and the second about nursing practice. The assistance to patients under bile duct elective surgery was selected because of its second place in the digest tract surgeries after the gastro-duodenal ulcer, and the second-level health institutions because of their process of improving the quality of the service. These institutions have shown interest in evaluating the health care assistance, taking into consideration the demand of their surgery services. Therefore, the nursing departments need the implementation of high quality health care protocols and models in order to benefit the users and the qualification of the nursing sci&tech function. It was concluded here that there are limitations in the efficiency of the health institutions in terms of planning and management, lack of nursing professional personnel, and structural deficiencies in the nursing working places. The nursing personnel has delegated its basic function related to the care and education of the patients under surgery. It is evident the inclusion of ambulatory programs via laparoscopy. Moreover, a serious complication in the evolution of a patient was found. Finally, the doubts stated by the patient and the family in terms of post-surgery care at home were written down.

Key words

Quality of health care

Nursing care

Cholecystectomy

Nursing models

Objetivo general

Evaluar la calidad de atención a pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones de salud del segundo nivel de atención de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Objetivos específicos

1. Evaluar las condiciones de eficiencia de los hospitales objeto del estudio, es decir, sus estructuras y procesos administrativos y -científico-técnicos, mediante indicadores de planta física, personal, suministros, normas y programación.
2. Evaluar la función asistencial de enfermería mediante el seguimiento del proceso de cuidado del paciente, utilizando indicadores del proceso de enfermería.
3. Evaluar las condiciones biosociales de los pacientes antes, durante y después de la cirugía, mediante indicadores clínicos, sociodemográficos, antropométricos y de comunicación.

Marco teórico

Evaluar la atención en salud implica conocer los aspectos que la determinan; algunos autores definen la evaluación de la calidad de atención en salud, como el análisis metodológico de las variables ambientales y científico-técnicas que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes, así como el grado de satisfacción de éstos, del prestador de los servicios y de la institución.² (véase tabla 1).

Donabedian sostiene que la valoración de la atención en salud es un juicio frente a dicha atención. Este juicio se puede dividir al menos en dos partes: una se refiere a los aspectos de la atención científico-técnica y la otra al manejo de las relaciones interpersonales.³

La calidad de la atención científico-técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de tal manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, minimizando los riesgos.⁴ Para la evaluación de la calidad en el proceso interpersonal debe considerar valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas por los dictados éticos de las profesiones del área de la salud y por las expectativas y aspiraciones de los usuarios, de las Instituciones y de los prestadores de los servicios.

Las instituciones buscan ofrecer servicios oportunos y de calidad que se fundamentan en la aplicación de las normas establecidas. El trabajador espera brindar atención contando con instalaciones, equipo e instrumental apropiados, en coordinación y apoyo con las diferentes áreas que participan en la atención del paciente, con reconocimiento por la labor desempeñada y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Los pacientes aspiran a servicios médicos accesibles en distancia, transporte y trámites administrativos. Esperan igualmente recibir una atención cortés y amable, estar en un ambiente agradable y recibir información suficiente por parte del personal administrativo, médico y de enfermería.³

Aunque la atención en salud se brinda en equipo multidisciplinario, es pertinente, para valorar su calidad, tomar como indicador las actividades científico-técnicas de un sólo tipo de profesional, pero teniendo en cuenta que su desempeño puede estar afectado por el contexto institucional, por su ubicación en la división del trabajo, los horarios y los cargos.⁶

En el campo de la prestación de servicios de salud, los primeros intentos por construir parámetros de calidad se realizaron en 1951 con la creación de la comisión de acreditación de Hospitales (Illinois, USA) Esta comisión determinaba las normas de acreditación que debían reunir los hospitales para recibir financiación y establecer convenios con el gobierno.⁷

En 1986, Avedis Donabedian propone algunos métodos de evaluación de la calidad de la atención médica, los cuales se han constituido en orientación fundamental para los programas e investigaciones que se han desarrollado en este campo.

Para el estudio de la calidad de atención de enfermería, William Holzemer, basado en los trabajos de Donabedian, combina una matriz de 3 X 3 que contempla el estado inicial de la atención, el proceso clínico y los resultados; estos tres momentos deben estudiarse, según el autor, en el paciente, en quien presta la atención y en la Institución. Esta propuesta se resume en la siguiente tabla de las propuestas de los autores citados hasta el momento.

Tabla 1

INDICADORES PARA EVALUAR LA ATENCIÓN EN SALUD

INDICADORES	COMIENZO	PROCESO	RESULTADO
Paciente	Problemas y características del paciente.	Evolución	Condiciones de salud del paciente.
Cuidador	Diagnóstico de enfermería	Actividades de enfermería	Evaluación del plan de cuidados
Institución	Condiciones de eficiencia	Aplicación de las normas técnicas éticas administrativas	Logro de los objetivos

Para realizar la evaluación de la calidad de atención de enfermería, es necesario desarrollar un lenguaje común que permita comunicar lo estudiado. Un problema

en nuestro medio es que no se cuenta con modelos comunes sobre resultados de calidad en los pacientes. Además, el cuidado de enfermería es muy complejo y cambia de un lugar a otro en razón del tipo de instituciones y de su normatividad así como de la directriz que en algunos casos presente el protocolo de atención médica.

Las condiciones de eficiencia de los servicios de salud

La evaluación de las condiciones de eficiencia es un procedimiento administrativo con el cual se mide la calidad potencial de los servicios al comparar las características reales de los recursos humanos, físicos y tecnológicos de los servicios, con un modelo normativo que se considera un óptimo posible para atender con eficiencia las necesidades de salud de una población.

La diferencia que resulta de esta comparación se denomina *Umbral relativo de condiciones de eficiencia*. Al comparar diferentes servicios, áreas o regiones, se facilita la exploración de la presencia o ausencia de los requerimientos estructurales y de los procesos necesarios para una atención adecuada.

La evaluación se hace por medio de encuestas en las instituciones, utilizando escalas en las cuales se establecen los requisitos o condiciones que todo servicio debe cumplir para brindar una adecuada atención de acuerdo con los actuales conocimientos científicos, con las tecnologías aceptadas y con las expectativas de la comunidad.

El cumplimiento de cada uno de estos requisitos otorga un puntaje relacionado con la importancia del mismo y el valor se asigna por consulta a expertos. La suma de respuestas positivas da el puntaje total del servicio que expresado porcentualmente dará una medida de las condiciones que tiene el servicio para brindar una atención satisfactoria en relación con lo óptimo propuesto.⁸

La función científico-técnica del profesional de enfermería

Para el presente estudio el análisis de la función asistencial del profesional de enfermería se hizo siguiendo el proceso de enfermería. Entendiendo este último como el método lógico y racional que sirve al profesional para obtener y organizar la información referente a los pacientes de sus servicios como fundamento, para planear, ejecutar y evaluar la atención en forma técnicamente adecuada, eficiente y eficaz.

Dicha evaluación puede realizarse a través de: recibo y entrega de turno, rondas de enfermería, observación directa de la atención y revisión de registros.⁹

Problemas litíasicos de las vías biliares

Los problemas litíasicos de las vías biliares guardan relación con la edad, se presentan con mayor frecuencia en adultos entre la cuarta y la quinta década de la vida; un 25% de los pacientes son mayores de 60 años. Los problemas litíasicos están relacionados con el sexo; son más frecuentes en mujeres. La

enfermedad parece guardar relación con los niveles hormonales, se da con mayor frecuencia durante el embarazo. Un estudio hecho en el Hospital Universitario del Valle mostró que la proporción de mujeres a hombres fue de 5:1.¹⁰ Un estudio similar se llevó a cabo en el Hospital General de Medellín donde se encontró que el 89,9 % de los pacientes fueron del sexo femenino.¹¹

Técnicas quirúrgicas

El tratamiento quirúrgico recibe el nombre de **colecistectomía** y consiste en la extirpación de la vesícula biliar y la extracción de cálculos de los conductos. La primera colecistectomía fue realizada por el alemán Carl Langenbrich en 1882. Este procedimiento puede realizarse en forma urgente y electiva. Se define como **cirugía electiva**, el procedimiento quirúrgico que se programa para un día y hora determinado, si así lo permiten las condiciones del paciente al realizarle el diagnóstico precoz. Recientes avances tecnológicos permiten la realización de este procedimiento a través de la técnica video-laparoscópica mediante el uso del laparoscopio de fibra óptica. El laparoscopio es un instrumento telescópico iluminado que se inserta a través de una pequeña incisión abdominal. La cirugía se realiza con instrumentos especiales a través de uno o más manguitos tubulares que se hacen pasar por la pared abdominal en localizaciones estratégicas dentro del alcance de observación del laparoscopio. Las principales ventajas de este procedimiento son: la brevedad de la estadía hospitalaria y el corto tiempo de recuperación.¹²

«La colecistectomía laparoscópica aparece como el procedimiento de elección, por sus características atraumáticas, alta seguridad y mínima tasa de complicaciones, para los pacientes en quienes esté indicada la colecistectomía electiva».¹³

Los agentes patógenos que suelen estar presentes en estos procesos suelen ser *E. coli*, *Klebsiella aerogenes* y *Streptococcus fecalis*, todos del grupo de bacterias gramnegativas para los cuales se emplean antibióticos del grupo de las cefalosporinas de tercera generación, tipo cefalexina. Estos mismos gérmenes son reportados por Armando González en un estudio hecho en el Hospital Universitario del Valle.¹⁴

Las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar en el posoperatorio son las de tipo séptico. Estas se han reducido con el uso profiláctico de antibióticos y con la aplicación de medidas estrictas de asepsia. Entre las complicaciones sépticas figuran: absceso subfrénico, coleperitoneo y colangitis, especialmente en ancianos.¹⁵ La infección de la herida quirúrgica fue la complicación reportada con mayor frecuencia, en un estudio hecho en el Hospital General de Medellín, en 6,2% de los pacientes intervenidos.¹⁰ Ocasionalmente puede ocurrir lesión iatrogénica, debida a la sección de un vaso sanguíneo o de un conducto.

Metodología

Se trata de una investigación evaluativa, cualitativa y cuantitativa, de la atención en salud a pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares, en dos

instituciones del segundo nivel de atención de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. –Hospital Manuel Uribe Ángel y San Rafael–. Es un estudio de corte que se realizó durante tres meses.

Población y muestra. La selección de las instituciones se hizo en forma intencional por la articulación docencia-servicio, por constituir ambas instituciones lugares de referencia para el área metropolitana, por el volumen de pacientes atendidos y por el interés de las directivas de cada hospital. La muestra la constituyen los pacientes intervenidos en forma electiva durante tres meses contados desde noviembre 15 - diciembre 15 y del 16 de enero hasta el 7 de abril, con una interrupción de tres semanas, por anormalidad laboral en ambas instituciones, un total de 57 pacientes.

Fuentes de información. El personal de enfermería profesional y auxiliar, los cirujanos, los pacientes, los registros clínicos en especial la historia clínica y el kárdex. Las instituciones en su planta física, recursos, suministros y manuales de normas.

Variabes. Las condiciones de eficiencia se evaluaron a través de indicadores que miden la estructura y el proceso de la atención en salud así: planta física, personal, suministros, normas y administración general.

1. Actividad científico-técnica de enfermería. Se evaluó el manejo de los registros clínicos, la calidad de la anamnesis y del examen físico durante todo el proceso, la planeación en la atención de los pacientes, las intervenciones de enfermería en procedimientos diagnósticos y terapéuticos –como instalación y control de tratamientos farmacológicos, preparación quirúrgica, supervisión de acciones asistenciales delegables, prioridad en las intervenciones, evaluación del plan de atención mediante los registros, rondas de enfermería, entrega y recibo de turno, identificación de necesidades de educación en servicio–.

2. Condiciones del paciente. Se midieron en tres momentos: al ingreso, durante el proceso y al egreso mediante indicadores clínicos, sociodemográficos, antropométricos que tienen que ver con la información que debe recibir el paciente frente a la cirugía, la preparación psicológica y el entrenamiento para prevenir complicaciones.

3. Instrumentos de recolección de la información. Para las condiciones de eficiencia se ajustó una escala a partir de los presupuestos guías OPS/OMS para servicios materno-infantiles y adaptados a servicios quirúrgicos de segundo nivel de atención.

Las condiciones del paciente a través de un formulario que recoge los tres momentos del proceso: ingreso, evolución y egreso.

La función científico-técnica del profesional de enfermería se evaluó a través de una guía de observación que se aplicó en cada servicio dos veces durante el período de estudio.

4. Manejo de la información. Toda la información fue recogida por los investigadores. La prueba piloto de los instrumentos se hizo en el Hospital San Juan de Dios (Rionegro).

La tabulación se realizó mediante EpiInfo. El análisis atendió criterios de validez interna y externa propuestos para la investigación cualitativa, en especial el criterio de credibilidad que se basa en la observación persistente, el análisis de datos negativos, el chequeo con informantes y la triangulación, es decir, la utilización de diferentes formas de observación, de fuentes y de observadores frente a un mismo asunto o a variables que se identificaron como críticas.

Los resultados referidos a la eficiencia de las instituciones se presentan en términos de las puntuaciones esperadas para cada ítem y de las obtenidas. Además se ilustran los resultados por medio de gráficos de barras.

La función científico-técnica de enfermería se analizó en forma descriptiva - cualitativa del contexto.

Los tres momentos en la evolución de los pacientes mediante frecuencias absolutas y relativas y pruebas de asociación para algunas variables.

Análisis de los resultados

Análisis de las condiciones de eficiencia de los servicios

En las dos instituciones estudiadas se encontró que las condiciones de eficiencia de los quirófanos y de los servicios de recuperación medidas a través de indicadores como suministro de ropa, medicamentos, elementos de limpieza, son eficientes en el 100%, también son eficientes en el 100% la dotación de los quirófanos en ambas instituciones. En cuanto a la sala de hospitalización del Hospital San Rafael, se encontró que la provisión de suministros tiene una eficiencia del 100%, mientras que en el Hospital Manuel Uribe Ángel, el porcentaje de eficiencia no alcanzó el 100%, por limitaciones en los suministros de materiales de curación. En el Hospital Manuel Uribe Ángel se encontró una eficiencia del 100% en el recurso médico y en otro personal de salud.

Las limitaciones en las condiciones de eficiencia en ambas instituciones están relacionadas con la programación y administración general. La planeación no tiene en cuenta la interdisciplinariedad, en ambas instituciones existe un plan de desarrollo, pero en una de ellas no se cumple, igual ocurre con el plan de educación en servicio y en ninguna de las dos instituciones se hace control periódico de salud al personal.

La dotación y mantenimiento de las salas de recuperación es insuficiente, no hay tomas de oxígeno individual, tensiómetros, fonendoscopio, ni soportes para suero suficientes. El equipo de resucitación sólo está disponible en una de las instituciones.

En el Hospital San Rafael la sala de recuperación tiene problemas de ventilación, iluminación y comunicación, y no posee pisos y paredes lavables para un mantenimiento adecuado. En el Hospital Manuel Uribe Ángel el servicio de recuperación tiene fallas en la ventilación y comunicación, y no posee zona de descanso adecuada.

Con referencia a la planta física para hospitalización se encontró que el Hospital Manuel Uribe Ángel, no cuenta con piezas individuales, existe un servicio sanitario por pieza colectiva de 4 y 6 pacientes, que es insuficiente según la concentración. No existe una estación de enfermería exclusiva para los pacientes quirúrgicos que son aproximadamente el 88% de los hospitalizados.

En el Hospital San Rafael la estación de enfermería tampoco es exclusiva para los pacientes quirúrgicos, pero está ubicada estratégicamente en el servicio.

En cuanto a los recursos materiales en las salas de hospitalización de las instituciones se encontró que poseen camas ergonómicas pero no reciben mantenimiento lo cual conlleva riesgos para el personal que se ve precisado a hacer mayores esfuerzos y al paciente le limitan los cambios de posición apropiados según sus condiciones.

En el Hospital Manuel Uribe Ángel sólo cuentan con un aspirador para un servicio de 25 camas, los tensiómetros y fonendoscopios son insuficientes y no hay termómetros individuales para cada paciente.

En el Hospital San Rafael los recursos materiales en hospitalización, son suficientes en cantidad y calidad en lo referente a tomas de oxígeno, aspiradores, tensiómetros y fonendoscopios entre otros.

En las dos instituciones estudiadas existe deficiencia de personal de enfermería. En el Hospital San Rafael existe un profesional de enfermería por cada siete médicos y por cada ocho instrumentadoras. El profesional de enfermería no cubre las 24 horas de atención, en el turno de la noche hay un solo profesional para todo el hospital. El profesional de enfermería se dedica principalmente a lo administrativo.

Con referencia a la estabilidad y permanencia del profesional de enfermería en los servicios se encontró que si bien al profesional se le asigna un servicio, no se le garantiza la permanencia en él, dado que frecuentemente y debido a la escasez de personal se le solicita desplazarse a otros servicios donde se le requiere. Sin embargo en el Hospital San Rafael el profesional de Enfermería cuenta con mayor estabilidad en los servicios.

En el Hospital Manuel Uribe Ángel quien dirige el servicio de enfermería no tiene formación avanzada. Los profesionales de enfermería se dedican con mayor énfasis a las actividades asistenciales. En el Hospital San Rafael quien dirige el servicio de enfermería tiene formación avanzada.

Con referencia a la asignación de pacientes al personal auxiliar se encontró que en el Hospital Manuel Uribe la relación es de una auxiliar de enfermería por cada cuatro pacientes y, en el hospital San Rafael la relación es de 1 a 7.

En cuanto a los manuales de normas se encontró que en el Hospital Manuel Uribe Ángel sólo existen normas escritas para interconsultas, remisión de pacientes, exámenes de laboratorio, técnicas diagnósticas, protocolos para intervenciones científico-técnicas, preparación de la piel para el acto quirúrgico. En el hospital San Rafael sólo existen normas escritas para las funciones y actividades de enfermería y para controlar las infecciones intrahospitalarias.

Las dos instituciones cuentan con servicio de apoyo adecuados para las salas de cirugía. En el Hospital San Rafael no se cuenta con rayos X. En ninguna de las dos instituciones se cuenta con servicio de laboratorio patológico lo cual repercute en la calidad y oportunidad en la prestación de este servicio.

Análisis de la función científico-técnica de enfermería

Al analizar la evaluación de la función científico-técnica de enfermería se encuentra un comportamiento similar en ambas instituciones.

La mayoría de las actividades de enfermería están asignadas al personal auxiliar de enfermería y este personal es quien generalmente las realiza. La planeación del cuidado de enfermería está asignado al profesional de enfermería y es llevado a cabo por el personal auxiliar en cirugía y el profesional de enfermería lo realiza en los servicios de hospitalización. Ninguna de las instituciones tiene un protocolo básico para la planeación del cuidado. En el Hospital Manuel Uribe Ángel se tiene protocolo para la admisión del paciente, pero en la sala de hospitalización no se utiliza adecuadamente.

El profesional de enfermería supervisa ocasionalmente la administración de premedicación y otros fármacos y la preparación de la piel del paciente para la cirugía. Se observa que existe siempre correspondencia entre las órdenes médicas, los registros de enfermería y las anotaciones del kárdex en ambas instituciones.

Tanto en la sala de recuperación como en hospitalización se evalúa siempre el estado de conciencia y los signos vitales, se inspecciona el estado de la herida quirúrgica, drenes y sondas, se controlan los líquidos parenterales, la presencia de dolor y se llevan a cabo las ordenes médicas. La curación es realizada por el profesional de enfermería, los drenes son retirados por el médico o en ocasiones por el profesional de enfermería. En ninguna de las dos instituciones se lleva a cabo rondas de enfermería. En los servicios de cirugía se lleva a cabo la entrega de turno, a través de información sobre el estado de salud de los pacientes que están en el quirófano o en la sala de recuperación, además de la entrega de equipos que están inventariados.

En la sala de hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel la entrega de turno se lleva a cabo fuera de la unidad del paciente; encontrándose positivo, puesto

que permite el respeto a la individualidad del paciente y la información es más amplia. Como limitante se encuentra que en ocasiones, no hay consistencia entre la información recibida y lo observado en el paciente.

En el Hospital San Rafael la entrega de turno se hace en la unidad del paciente. Destacan que es positivo porque propicia la continuidad en la atención; es una actividad que ocupa mucho tiempo al personal, y genera incomodidad. (y no existen discrepancias con respecto a la evolución del paciente).

Al analizar las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo de enfermería se perciben tensas en una de las dos instituciones, en el área de hospitalización. En el resto de las áreas de trabajo se perciben armónicas.

Las relaciones del personal de enfermería con los demás miembros del equipo de salud se perciben armónicas y respetuosas en ambas instituciones y la comunicación con respecto al tratamiento y cuidado del paciente es oportuna.

Análisis de la información de los pacientes

Caracterización de los pacientes. El mayor porcentaje de los pacientes del estudio tiene una edad superior a 31 años, encontrándose el mayor grupo en la edad comprendida entre 31 y 50 años: 45,6% de la muestra estudiada.

El 63,2% de los pacientes fue atendido en el Hospital Manuel Uribe Ángel y el 36,8% en el Hospital San Rafael. El 73% corresponde al sexo femenino y 26,3% al sexo masculino, estos porcentajes coinciden con lo encontrado en la revisión de la literatura sobre problemas litíasicos de las vías biliares.

En cuanto a la ocupación, el 59,6% de la muestra se desempeñan como amas de casa y el 38,6% como negociantes, modistas, jubilados y obreros de construcción, entre otros.

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se decidió hacer la evaluación nutricional de los pacientes con el método de Brocca que implica la evaluación de varios parámetros, da resultados más precisos y es más ágil.

La evaluación nutricional de los pacientes permite concluir que el 43,9% de los pacientes tenían peso superior al normal, un 14% de ellos estaba en condiciones de bajo peso.

Si se relaciona el estado nutricional con el sexo, muestra que sólo tres de los hombres del estudio (20%) tenían peso superior al normal; en cuanto a las mujeres se observa que el 50% de ellas tenía sobrepeso. Cuando una persona tiene menos del 30% del peso ideal se considera de alto riesgo para el acto quirúrgico y en el periodo posoperatorio, debido a la desnutrición, tiene riesgo de presentar dehiscencia de la herida, infecciones, fistulas y retardo en la cicatrización. El sobrepeso y la obesidad también constituyen factores de riesgo para las complicaciones tanto respiratorias como vasculares o a nivel de herida quirúrgica, además, es más difícil obtener una excelente exposición de la cavidad abdominal.

El diagnóstico más frecuente es la colelitiasis en treinta pacientes que corresponde al 52%, le sigue la colecistitis 14 pacientes que corresponde a un 24%. Según la revisión bibliográfica la mayoría de las colecistitis se genera por colelitiasis y la colecistitis acalculosa sólo se da en un 5% de los pacientes. La colecistitis con colelitiasis se presenta en 9 pacientes lo que equivale a un 16%. Comportamiento similar se observa en el estudio realizado en el Hospital de Clínicas Caracas, de julio de 1990 a julio de 1991 en el cual los diagnósticos observados fueron colelitiasis en el 81% de los pacientes y colecistitis aguda en el 19% de los casos.¹⁷

Preparación para la cirugía

Información sobre el procedimiento. Teniendo como referencia las respuestas de los pacientes estudiados se encontró que el 95% estaba informado con respecto a la cirugía. La información fue suministrada por el médico en la mayoría de los casos y se limitó a la explicación del procedimiento quirúrgico. Esta información se complementó con la presentación de un video en el Hospital Manuel Uribe Ángel a través del cual se da un conocimiento general sobre la planta física del servicio de cirugía, la preparación a la que deben estar sometidos los pacientes y los cuidados que deben tener en el posoperatorio, en forma general. Terminada su presentación los asistentes: paciente y persona acompañante pueden hacer preguntas y aclaraciones que contribuyan a precisar la información recibida en la sesión de grupo.

En el Hospital San Rafael esta información se suministra a través de conferencia. Este programa se conoce con el nombre de charla prequirúrgica y en ella participan un auxiliar de enfermería y una sicóloga.

Un porcentaje bajo de los pacientes respondió que recibió la información del profesional de enfermería, esto puede deberse a que el diseño organizativo de las instituciones frente a la admisión del paciente ambulatorio no posibilita el contacto con el profesional de enfermería en el preoperatorio; este se da, en forma ocasional. Tampoco se propicia el contacto con el profesional de enfermería en el posoperatorio tardío; el control se hace a través de la consulta externa, lo realiza el cirujano en presencia de la auxiliar de consultorio.

Exámenes prequirúrgicos. Con referencia a los exámenes prequirúrgicos se encontró que al 94,7% se les hizo hemoleucograma, solo a tres pacientes jóvenes no se les hizo este examen.

La ecografía se les ordenó a todos los pacientes excepto a uno de 74 años de edad. Esto concuerda con las pautas modernas de confirmación del diagnóstico porque se trata de un método no invasivo, no requiere preparación molesta para el paciente y es bastante confiable.

El citoquímico de orina se le hizo a 43 pacientes (75,4%).

El electrocardiograma no se hizo de rutina a los pacientes en edades entre 13-44 años, pero se les ordenó a 19 de los 22 pacientes que tenían entre 46 y 76 años, comportamiento similar se siguió para los rayos X de tórax que se les

hizo a 11 pacientes del grupo de mayor edad. A dos pacientes de 35 y 36 años se les hizo electrocardiograma, sugerido por la anamnesis y se encontró que presentaban taquicardia sinusal. Un paciente de 75 años presentó bloqueo incompleto de rama izquierda, este mismo paciente tenía alterada la glicemia, sin embargo tuvo una evolución posoperatoria adecuada.

Sólo a tres personas se les tomó muestra para clasificación sanguínea y en cuanto a las pruebas de bilirrubina se les hizo a cinco personas. Se encontró que sólo a pocos pacientes se les hizo glicemia y creatinina, y a un paciente se le ordenó el ionograma. Los pacientes a quienes se les hicieron estos exámenes pertenecían al grupo de 46-76 años.

Estos resultados parecen estar acordes con lo encontrado en la literatura, que indica que no hay acuerdo en relación con los exámenes preoperatorios para un paciente quirúrgico. Según la Asociación Americana de Anestesiología (ASA), los pacientes clasificados como ASA I^a) y ASA II,^{b)} pueden ser llevados a cirugía menor solamente con un hemograma de control. Esta Asociación recomienda no exigir exámenes de rutina porque cada persona requerirá las pruebas que amerite su condición clínico patológica.

Se recomienda que a los pacientes de más de 45 años se les haga un electrocardiograma, radiografía de tórax, nitrógeno urico en sangre (BUN), creatinina, parcial de orina y hemograma para tener una visión completa de su estado físico¹⁸. Como se indicó adelante a casi todos los pacientes sólo se les hizo el hemoleucograma, los demás exámenes se hicieron de manera dispersa y posiblemente el criterio médico se basó en las condiciones del paciente.

Ayuno preoperatorio. Se evaluó cuántas habían sido las horas de ayuno preoperatorio y se encontró lo siguiente: En el rango de 6-8 horas de ayuno hubo siete pacientes (12,2%) y éste es el menor número de horas de ayuno.

En el rango de 12-16 horas estuvo el mayor número de pacientes 30 que corresponden a un 52%; ésto es explicable porque en la información dada a los pacientes, antes de la cirugía, se les recomienda que la última ingesta sea la noche anterior, en las primeras horas.

Cinco pacientes (8,7%) soportaron entre 17 y 20 horas de ayuno, sin ninguna razón de tipo terapéutico, la cirugía se realizó en horas de la tarde.

Entre 22 y 24 horas de ayuno se encontraron dos pacientes(3,5%), una de ellas es paciente psiquiátrica y no quiso consumir ningún alimento después del almuerzo del día anterior a la cirugía.

a) ASA I: Es considerado aquel paciente que solo tiene la alteración patológica de la cual es objeto el procedimiento quirúrgico.

b) ASA II: En este grupo se encuentran los pacientes que además de la alteración patológica, objeto del procedimiento quirúrgico, tienen una patología agregada, pero está bajo control médico, ej: hipertensión controlada.

Los rangos superiores de ayuno los tuvieron dos pacientes del estudio: 36 y 48 horas respectivamente, esta situación se dió porque su ingreso había sido por el servicio de urgencias para observación y estudio, dos días antes en el primer caso, y el otro paciente fue remitido de un municipio donde no había cirujano.

Con relación al tiempo de ayuno preoperatorio según Atkinson el intervalo debe ser de 6 a 8 horas antes de la operación. Este período puede reducir un poco en caso de niños pequeños o pacientes diabéticos.¹⁹

Premedicación. Se estudió la premedicación administrada y se encontró que el 45,6% de los pacientes del estudio la recibieron; el resto, el 54,4% no fué premedicado. En todos los casos la premedicación administrada, correspondió con la ordenada. No se identificó un esquema de premedicación institucional, se emplearon los siguientes medicamentos: Dormicum®, Valium®, Lexotán® y Atropina; el medicamento más utilizado fue el Dormicum®, en el 44% de los pacientes; éste es un agente inductor del sueño, se caracteriza por una acción rápida, poca permanencia en el organismo y porque la persona al despertar se siente fresca y descansada, es bien tolerado y los pocos efectos se deben a que es un medicamento sedante y por ello debe administrarse con precaución porque puede producir amnesia en las primeras 2 o 3 horas después de la aplicación.

Evolución posoperatoria. Se siguió la evolución del paciente en periodo posoperatorio y se emplearon dos tipos de técnicas bien diferentes, las cuales se identifican en la tabla 2.

Tabla 2

Relación entre el tipo de intervención y el tiempo de hospitalización de los pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares

Tipo de intervención	Días de hospitalización								Total
	0	1	2	3	4	6	7	50	
Laparoscopia	57,1	25	3,6	-	7,1	3,6	-	3,6	49,1
Método abierto	10,3	51,7	17,2	6	6,9	8,8	6,9	-	50,9

El estudio no se propuso tener igual número de pacientes para cada una de las técnicas quirúrgicas, no obstante al hacer la recolección de los datos se obtuvo que la casuística fue casi igual, lo que permitió hacer una comparación más aproximada de los resultados. El 49,1% de los pacientes fue intervenido por el método laparoscópico y el 50,9% por el método abierto.

Una de las megatendencias para el año 2000 lo constituye la cirugía ambulatoria, son bien conocidas las ventajas en cuanto a disminución de costos y del riesgo de infección intra-hospitalaria o nosocomial. Se observa en el cuadro que la mitad de los pacientes del estudio fueron intervenidos por el método laparoscópico y que sólo un 57% de ellos conservaron el carácter de ambulatorio. El resto de los pacientes sometidos a esta técnica quirúrgica, estuvo hospitalizado. uno de los pacientes, el 3,6%, estuvo hospitalizado por más de 50 días.

De los pacientes operados por el método abierto sólo el 10,3% fueron ambulatorios. El 74,8% estuvo hospitalizado entre uno y tres días. Este dato es consistente con los estimativos que tiene el Hospital Manuel Uribe en cuanto a días de hospitalización para este método quirúrgico. El 13,8% de los pacientes estuvo hospitalizado entre 4 y 7 días, cifra que se relaciona con los estimativos del Hospital San Vicente de Paúl, institución del tercer nivel y donde se intervienen casos de mayor complejidad y con mayor riesgo quirúrgico y anestésico.

El hecho de que un alto porcentaje de pacientes permanece hospitalizado a pesar de haber sido intervenido por el método laparoscópico, lleva a cuestionar si se ha hecho una adecuada evaluación y selección de los pacientes para este tipo de intervención, puede también deberse a fallas técnicas, por ser un método de reciente implementación que requiere un alto grado de habilidad.

Infección de la herida quirúrgica

Se estudió el comportamiento de la infección de la herida quirúrgica en las dos instituciones. La presencia de infección de la herida quirúrgica se determinó por los signos locales de infección, el enrojecimiento, la tumefacción y la presencia de pus. Se encontraron diferencias, en el Hospital Manuel Uribe Ángel se recolectó la mayor parte de la muestra 63,2%, sin embargo el porcentaje de infecciones de heridas quirúrgicas fue del 5,6%. En cambio en el Hospital San Rafael se detectó infección de la herida quirúrgica en el 14,3% de los pacientes intervenidos.

En ambas instituciones se da instrucciones a los pacientes sobre la importancia de bañarse muy bien el día de la intervención y de hacerse una limpieza más rigurosa en el lugar de la incisión quirúrgica, si se trata del método laparoscópico prestarle especial atención a la limpieza del ombligo. La asepsia del área operatoria es llevada a cabo con jabón yodado, aplicadores para el ombligo y guantes estériles.

Relación entre antecedentes personales y presentación de complicaciones posoperatorias. Se investigaron los antecedentes personales del paciente y se relacionaron con la presentación de complicaciones. No se encontró ninguna relación al cruzar estas dos variables. Se observó que dos de los pacientes habían padecido enfermedad coronaria, sólo uno de ellos presentó complicación; se trataba de hemorragia posoperatoria, por lo cual se reintervino, la primera intervención fue por el método laparoscópico.

Otro de los pacientes intervenido por el método laparoscópico presentó fistula biliar, que no cerró espontáneamente, requirió que se le colocara un tubo sin fin y someterlo a nutrición parenteral total y a la fecha de corte completaba 50 días de hospitalización. Entre los antecedentes patológicos del paciente se identificó hipertensión endocraneana, para la cual se le había colocado una válvula de Hakim; y además tenía antecedentes quirúrgicos abdominales, apendicectomía y herniorrafia inguinal.

En la evaluación posoperatoria inmediata hubo algunos pacientes que presentaron molestias como vómito y distensión abdominal, que se cree tienen relación con el manejo anestésico, situación que se presentó con mayor frecuencia en el Hospital San Rafael.

Uno de los pacientes tuvo isquemia cerebral transitoria en el segundo día posoperatorio, tenía como antecedente patológico hipertensión arterial controlada; otro presentó en el posoperatorio inmediato paro cardiorrespiratorio de pocos segundos de duración sin secuelas y un tercero tuvo espasmo laríngeo.

El seguimiento de los pacientes se llevó a cabo en dos momentos, durante el tiempo que estuvieron en la institución a través de visita y dos semanas después de la intervención por medio de llamada telefónica al domicilio del paciente.

Relación entre consumo de medicamentos y presencia de infección de la herida quirúrgica. Se interrogó a los pacientes sobre el consumo de medicamentos antes de la cirugía, con énfasis especial en el consumo de: aspirina y derivados, corticosteroides y anticoagulantes. No se encontró relación entre el consumo de medicación en el preoperatorio y la presentación de infección de la herida quirúrgica.

También se interrogó sobre la aparición de otro tipo de infecciones en el posoperatorio, se encontró que sólo uno de los pacientes presentó flebitis, otro presentó infección respiratoria y un tercero infección urinaria.

Manejo del dolor posoperatorio

El dolor en el posoperatorio inmediato se evaluó pidiéndole al paciente que en una escala de uno a nueve se ubicara en el número que representaba el dolor que sentía teniendo en cuenta que uno sería lo mínimo y 9 lo máximo. El mayor porcentaje de los pacientes manifestó haber percibido el dolor en la escala 7, correspondiendo a un 15,8%.

En la revisión de las órdenes médicas se encontró que el 70% de los pacientes tenían un esquema de analgesia ordenado y el personal de enfermería siempre cumplió con la administración del medicamento durante el tiempo que el paciente permaneció en la institución. El 30% de los pacientes se manejó con la conocida frase "analgésicos a necesidad", equivalente a "ningún esquema".

De acuerdo con las revisiones bibliográficas realizadas, con la exposición de ponencias y conferencias en diferentes eventos y con la observación directa a

través del ejercicio profesional, para el control del dolor posoperatorio se recomienda la profilaxis analgésica, a través de bloqueos analgésicos o de medicamentos del tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que genera en el paciente un dolor menos severo, además, conduce a una recuperación pronta, porque el estar libre de dolor permite una mejor y más rápida movilización.

Ninguna de las dos instituciones estudiadas cuenta con un protocolo definido; el control del dolor posoperatorio, se deja a criterio del cirujano, del anestesiólogo o del personal auxiliar de enfermería que está al cuidado del paciente.

Educación recibida por los pacientes al egreso de la institución hospitalaria

Se evaluó la educación que recibió el grupo de pacientes estudiados sobre los cuidados posoperatorios. Para el estudio se escogieron cuatro aspectos básicos sobre los cuales el paciente sometido a cirugía de vías biliares debe recibir orientación; éstos son: dieta, manejo del dolor y de la herida quirúrgica e iniciación de las actividades físicas.

El 78,9% de los pacientes manifestó haber recibido orientación sobre la dieta que debían consumir. Consultados a las dos semanas siguientes a la cirugía, respondieron estar tolerando adecuadamente su dieta: el 86,7% de ellos, sólo el 13,3% de los pacientes manifestó tener algún problema relacionado con la tolerancia a la alimentación.

El 21,1% de los pacientes del estudio respondieron no haber tenido orientación al egreso del hospital sobre la clase de alimentos que podían consumir, este aspecto es muy importante en la recuperación de las personas operadas de las vías biliares.

Relación entre la orientación recibida sobre la iniciación de actividad física y su reanudación. Se encontró que el 71,9% de los pacientes del estudio había reanudado las actividades físicas a las dos semanas siguientes a la intervención, independiente de la técnica quirúrgica a la que fueron sometidos. El 68,3% de estos pacientes había recibido la orientación correspondiente.

El 28,1% de los pacientes no había reanudado las actividades normales a las dos semanas posoperatorias, de ellos el 56,3% no había recibido orientación con relación a la forma de iniciar sus actividades. Sin embargo, no es atribuible este hecho solamente a la falta de orientación, se sabe que hay condiciones del paciente que no posibilitan una rápida reanudación de actividades como son la desnutrición, el sobrepeso o la obesidad, la edad —el 33% de los pacientes tenía más de 51 años— o el tipo de trabajo— algunos de ellos se ocupaban de labores pesadas como trabajo de construcción—.

No se observó diferencia en el tiempo de reanudación de las actividades normales entre los pacientes intervenidos mediante la técnica laparoscópica y a través del sistema abierto. Esta situación es particularmente importante, dado que éste es un criterio que determina en muchas de las ocasiones la preferencia por el método laparoscópico.

Con el fin de conocer la satisfacción de los pacientes frente a la atención y la educación recibida se les indagó sobre estos aspectos dos semanas después de la cirugía y se encontró que el 98,2% de los pacientes se sintió satisfecho con la atención y la educación recibida, sólo un paciente que tuvo complicaciones posoperatorias expresó lo contrario.

Cancelación de la cirugía

Al 66,7% de los pacientes estudiados se les efectuó la cirugía en la fecha en que se había programado. Al 29,8% de los pacientes se les canceló la cirugía en una ocasión y al 3,5% en dos ocasiones. Las razones de cancelación en sólo dos casos fueron situaciones del mismo paciente; en los demás se debió a la anormalidad laboral que se presentaba en las Instituciones durante la etapa de recolección de la información.

Por el conocimiento que se tiene de las dos instituciones a través de la relación docente-asistencial, se sabe que la cancelación de cirugías es un evento de escasa presentación, tanto por razones institucionales como por la situación del paciente. Se ha tratado de disminuir este problema por medio de la creación de la consulta anestésica, que se realiza una semana antes de la cirugía y propende por la estabilización del paciente cuando tiene un proceso patológico previo.

Conclusiones

A partir de los resultados del estudio se pueden presentar las siguientes conclusiones de acuerdo con la secuencia del análisis.

Condiciones de eficiencia

La dotación y provisión de suministros en los quirófanos de ambas instituciones alcanzó un puntaje de cien. En estos servicios la dotación de personal de enfermería es insuficiente teniendo en cuenta el volumen de pacientes atendidos.

La planta física de los quirófanos, en ambas instituciones no cumple con los requisitos en cuanto a diseño. En las salas de recuperación de las dos instituciones se encontraron limitantes en cuanto a la dotación y mantenimiento de equipos.

En los servicios de hospitalización se encontraron diferencias en las instituciones con referencia a la planta física, los suministros y la dotación. En cuanto al personal de enfermería se encontró que en las dos instituciones hay escasez de personal profesional y auxiliar. Con relación a los manuales de normas se encontró que en una de las instituciones no existen y en la otra existen pero no son consultados.

Los programas para el desarrollo del personal son limitados en las instituciones estudiadas.

Función científico-técnica de la enfermería

Del estudio se concluye que debido a las múltiples actividades administrativas que realiza el profesional de enfermería, el cuidado de los pacientes en las dos instituciones lo brinda el auxiliar de enfermería bajo la supervisión del profesional.

Uno de los requisitos para lograr la calidad de la atención en salud es la satisfacción del prestador del servicio, algunos factores que inciden en la calidad no se cumplen de acuerdo con los resultados de este estudio, entre ellos se destacan largas jornadas de trabajo en áreas de riesgos para la salud; no se dispone de lugares adecuados para el descanso del personal de enfermería; tampoco se hacen controles periódicos de salud para el personal expuesto a riesgos ocupacionales, y existen limitantes para las entregas de turno.

Información acerca de los pacientes

Los datos del estudio permiten concluir que se hace una adecuada evaluación preoperatoria de los pacientes tanto desde el punto de vista médico como del personal de enfermería; sin embargo, en ambas instituciones se encontraron inconsistencias en cuanto a las horas de ayuno preoperatorio que en algunos pacientes sobrepasó el tiempo reglamentario.

Con referencia al cuidado en el posoperatorio inmediato a los pacientes se les hace una evaluación adecuada. Se encontró que para el control del dolor no existe un esquema según lo recomendado por quienes manejan la algología.

En el posoperatorio inmediato se encontraron limitaciones a la educación impartida a los pacientes para su manejo en el hogar en aspectos como la dieta, el cuidado de la herida quirúrgica, el control del dolor y la reanudación de las actividades físicas.

Recomendaciones

1. Teniendo en cuenta las tendencias actuales sobre el manejo ambulatorio del paciente quirúrgico, lo que se evidencia en las dos instituciones estudiadas, se recomienda organizar un programa de Cirugía Ambulatoria dirigido por el profesional de enfermería. Este programa debe garantizar una atención integral y una orientación precisa y oportuna al paciente con el fin de que él sea capaz de gestionar su autocuidado, para evitar complicaciones y permitir una reanudación temprana de sus actividades. Para una adecuada organización del programa se sugieren las siguientes estrategias:
 - Elaborar un protocolo educativo de información concreta al usuario con relación a la reanudación de actividades normales, la dieta, el manejo de la herida quirúrgica y del dolor.
 - Diseñar materiales que refuercen la información verbal e incluir un número telefónico al que los pacientes puedan comunicarse para resolver dudas.

- Establecer un control telefónico que permita el seguimiento de pacientes. Esta modalidad ha sido evaluada con muy buenos resultados en otros lugares. En los casos que ameriten, realizar visita domiciliaria.
- 2. Ofrecer a todo el personal un curso de actualización sobre la prevención y el manejo del dolor.
- 3. Realizar estudios sobre calidad de atención en enfermería que permitan diseñar estándares de calidad del cuidado que se presta; en el mediano plazo, todas las instituciones de salud requerirán dichos estándares.

Referencias bibliográficas

1. BEDOYA, Carmenza y CASTRILLON, María Consuelo. Evaluación del operativo quirúrgico en cinco instituciones de salud del área metropolitana de Medellín: 1989, Medellín, Universidad de Antioquia. Doc. sin publicar.
2. RUIZ DE CHAVEZ, Manuel y otros. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. En: Salud Pública de México. Vol 32, No. 2 (marzo-abril 1990); p. 156-169.
3. DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. México. La prensa Médica Mexicana S.A. 1984. p. 149.
4. CASTRILLON, C. ESCOBAR, I., PULIDO, S. Calidad de Atención en Salas de Trabajo de Parto. En: Revista investigación y educación en enfermería. Vol. 10, No. 2, (septiembre 1992); p. 6.
5. RUIZ DE CHAVEZ. Op. cit. p. 163.
6. DONABEDIAN, A. Citado por Castrillón y otros. Op. cit. p 7.
7. PARÍS, Amparo. Control de calidad y análisis de reclamaciones de los usuarios. EN: Todo Hospital, 2090 (octubre de 1992).
8. Donabedian, Avedis, op. cit.
9. CASTRILLON, Consuelo y Otros. Calidad de Atención en Salas de Trabajo de Parto. Op. cit. p. 13-16.
10. ROJAS, Olga Lucía et al. Enfermedad Vesicular: Diagnóstico, Complicaciones y Mortalidad en el Hospital Universitario del Valle. EN: Colombia Médica. Vol. 15 (3), (1984); p. 115.
11. DÍAZ R., J.C. y R.E. HOYOS M. Colecistitis Aguda y Crónica: Momento Quirúrgico. En: Revista CES de Medicina. Vol. 5 (2), (1991); p. 119.
12. FULLER, Joanna Ruth. Cirugía a través de un acceso mínimo. En: Instrumentación Quirúrgica. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana (1995); p.332.
13. PATIÑO, José Félix. El tratamiento actual de la colecistitis. En: Tribuna Médica. Vol. 86, No. 3 (1992); p. 159.

14. GONZÁLEZ, Armando. Colangitis aguda: Diagnóstico, complicaciones y mortalidad en el Hospital Universitario del Valle. En: Colombia Médica. Vol. 13 (3), (1984); p. 110.
15. DASOLI, A. et. al. Una causa frecuente de sepsis biliar en el anciano: la colangitis aguda. Vol. 5-II, mayo 1988. Madrid. p. 591.
16. DÍAZ, J.C. y R.E. HOYOS M. Colecistitis aguda y crónica: momento quirúrgico. En: Revista CES Medicina. Medellín. Vol. 5, No. 2, (1991); p. 119.
17. AYALA, Luis Arturo y otros. La colecistectomía por video laparoscopia EN: Tribuna Médica, Bogotá 15 Feb. (1995); p. 91.
18. AGUILERA CASTRO, Fernando. Anestesiología Básica. 2a. Ed. Bogotá, 1994.
19. ATKINSON, Lucy. Técnicas de quirófano. México, Interamericana, (1994) 7a. ed.

Fecha de recepción: octubre de 1996.