

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA.

TESIS

“ VENTAJAS EN LA UTILIZACIÓN DE LAS BOLSAS COLECTORAS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS Y/O DRENAJES POSTQUIRÚRGICOS EN CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA, HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA Y EL IMSS DE MORELIA “

(ESTUDIO DE COSTO – BENEFICIO)

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTAN:

**GUTIÉRREZ GARCÍA ADRIANA SOLEDAD.
MONTEJANO CACHÚ MARÍA GUADALUPE.
MURILLO FARIAS SILVIA ESTELA.
SÁNCHEZ URBINA MAGDALENA.**

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. ENF. ANGELES GARCÍA ALBARRÁN.

280983

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Carretera México-Veracruz
San Andrés Bata



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

- **Ing. Walter Bauer de la Garza,
Director General del Grupo Industrial DM.**
- **Dr. Raúl Antonio Rodríguez Pérez,
Asesor Extramuros (INP).**

INDICE

	PAG.
CONTENIDO.	1
INTRODUCCIÓN.	4
OBJETIVOS:	6
a).- Objetivo General	
b).- Objetivos Específicos.	
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
II.-MARCO TEÓRICO.	10
2.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA DIGESTIVO.	11
2.1.1. Boca.	
2.1.2. Faringe.	
2.1.3. Esófago.	
2.1.4. Estómago.	
2.1.5. Intestino Delgado.	
2.1.6. Intestino Grueso.	
2.1.7. Conducto Anal	
2.1.8. Estructuras Accesorias: Páncreas, vesícula biliar e hígado.	
2.2.- ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA URINARIO.	17
2.2.1. Riñones.	
2.2.2. Pelvis renal	
2.2.3. Uréteres.	
2.2.4. Vejiga.	
2.2.5. Uretra	
2.3.- ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA PIEL.	20
2.4. FISTULAS ENTEROCUTÁNEAS.	22
2.4.1. Conceptos.	
2.4.2. Antecedentes Históricos de las Fístulas.	
2.4.3. Clasificación de las Fístulas.	
2.4.4. Etiología.	
2.4.5. Fisiopatología.	
2.4.5 Tratamiento.	

2.5. TIPOS DE FÍSTULAS.	25
2.5.1. Digestivas.	
2.5.2. Duodenales.	
2.5.3. Biliares.	
2.5.4. Pancreáticas.	
2.5.5. Intestino Delgado.	
2.5.6. Intestino Grueso.	
2.5.7. Urinarias.	
2.6.-PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS.	26
2.6.1. Dermatitis de Contacto.	
2.6.2. Dermatitis de contacto Irritativa.	
2.6.3. Dermatitis de Contacto Alérgica.	
2.6.4. Generalidades del cuidado y Tratamiento de la piel.	
2.7 CUIDADOS DE ENFERMERIA.	28
2.7.1. Detección precoz de las fistulas.	
2.7.2. Guía de valoración de la fístula.	
2.7.3. Planeación del tratamiento.	
2.7.4. Protección de la piel.	
2.7.5. Nutrición parenteral.	
2.8. DRENAJES.	32
2.8.1 Conceptos.	
2.8.2. Propósito.	
2.8.3. Tipos de drenaje.	
2.8.4. Origen de los drenajes.	
2.8.5. Materiales mas usuales para los drenajes.	
2.9.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ASPECTO EMOCIONAL DEL PACIENTE.	34
2.10.- INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.	36
2.11.- CONTROL DE FLUIDOS CORPORALES.	37
2.11.1.- Bolsa Colectora para fistulas Enterocutáneas, marca DEMEDIC.	

III.- METODOLOGÍA.	48
3.1.- HIPOTESIS.	
3.1.1. Hipótesis General.	
3.2. VARIABLES.	
3.2.1. Variable Independiente.	
3.2.2. Variable Dependiente.	
3.3. INDICADORES.	49
3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	
3.5. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTREO.	50
3.5.1. Universo.	
3.5.2. Población.	
3.5.3. Tipo de muestra.	
3.5.4. Criterios de Inclusión.	
3.5.5. Criterios de Exclusión.	
IV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	51
4.1. Actividades y Tiempos.	
V.- PRESUPUESTO.	
VI.- MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO.	52
6.1. Método cualitativo.	
6.2. Cuantitativo (cuestionario)	
6.3. Instrumentos de Investigación.	
6.3.1. Fichas de Trabajo.	
6.3.2. Cuestionario y Entrevista.	
VII.- DISEÑO ESTADÍSTICO.	53
7.1.- Universo.	
7.1.1. Universo de Usuarios.	
7.1.2. Universo del personal de Enfermería.	
7.2. Procesamiento de datos. (cuadros y gráficas).	54
7.2.1. Interpretación de Resultados.	78
7.2.2. Comprobación de Hipótesis.	
VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	80
IX.- BIBLIOGRAFÍA.	82
X.- ANEXOS.	85

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo de investigación contiene las bases de anatomía y fisiología, de los sistemas digestivo, urinario y tegumentario. Esto con la finalidad de adentrarnos en algunas de las patologías que presentan salida de fluidos hacia el exterior del organismo a través de la piel ya sea por Fístulas Enterocutáneas o Drenajes postquirúrgicos.

Con frecuencia este tipo de usuarios presentan complicaciones de dermatitis e infecciones por el manejo inadecuado en lo que se refiere a la técnica de colección de fluidos.

Las bolsas colectoras constituyen un gran progreso en los cuidados de enfermería, por lo cual se pretende contribuir a mejorar las técnicas empleadas actualmente. Esto se logrará por medio de la evaluación de costo-beneficio de la bolsa colectora por parte del personal de enfermería y de los usuarios que requieren de éstas.

La finalidad es incluir el producto al cuadro básico y satisfacer las necesidades existentes beneficiando por un lado al usuario ya que las bolsas colectoras le brindan comodidad y seguridad, y por otro lado al personal de enfermería para aprovechar al máximo los recursos materiales y humanos y evitando duplicidad de trabajo; proporcionando atención de alta calidad humana.

Este producto además reduce los riesgos de contaminación de infecciones cruzadas, reduce las dermatitis en el paciente ya que evita el contacto con los fluidos y ayuda a llevar un control adecuado de líquidos.

Por otra parte se reducen los costos en el consumo de material de curación, ropa de cama y tiempo de atención enfermera-paciente. Beneficiándose con esto las instituciones de salud, por lo cual es importante adentrarnos a este estudio de investigación en enfermería y la proyección que esta profesión tiene en la implementación de estrategias en los aspectos económico, político y social en el área de la salud para mejorar nuestro país.

**BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS
Y/O DRENAJES, MARCA DEMEDIC**

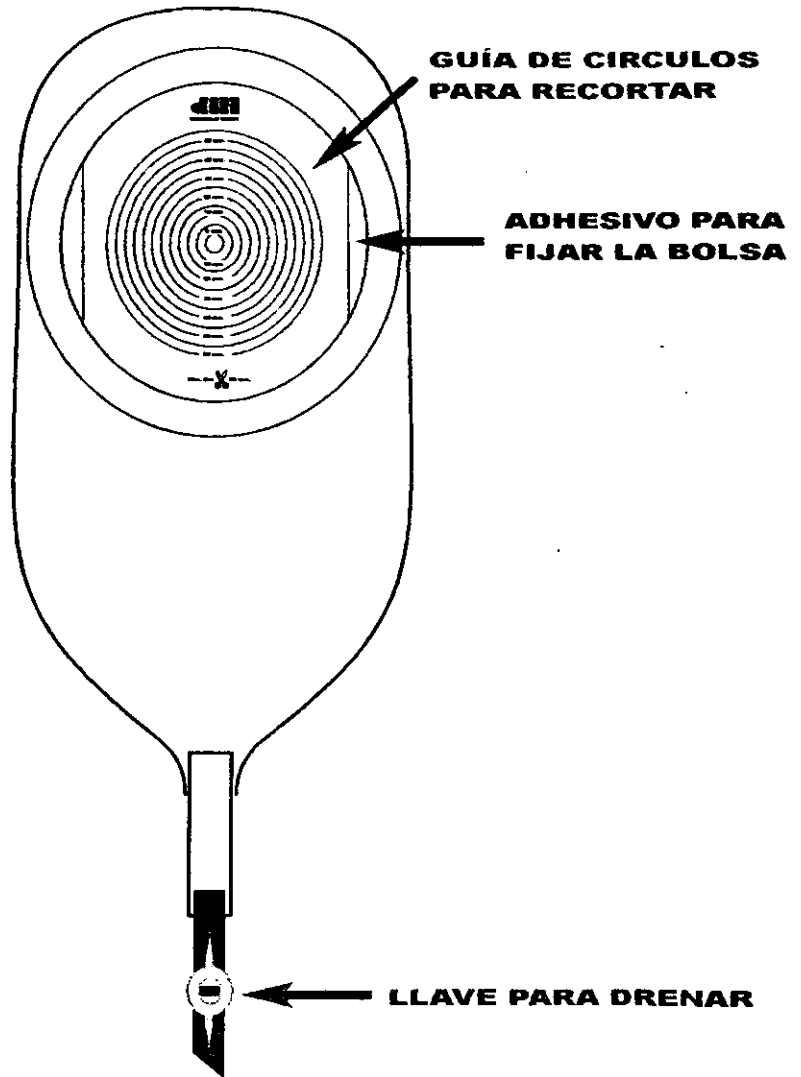


FIGURA 1

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar las ventajas para el usuario, que utiliza las bolsas colectoras, con fístulas enterocutáneas y/o drenajes postquirúrgicos. En el Centro de Atención Oncológica, Hospital General " Dr. Miguel Silva " y el IMSS de Morelia.

Evaluar las ventajas para el personal de enfermería utilizando las bolsas para colección de fluidos, en los usuarios con fístulas enterocutáneas y/o drenajes postquirúrgicos del Centro de Atención Oncológica, Hospital General y IMSS de Morelia, Mich.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Evaluar la calidad de atención de enfermería, tiempo-usuario.
- 2.- Identificar el beneficio y costo – efectividad de las bolsas colectoras en beneficio del usuario.
- 3.- Valorar, si las bolsas colectoras reducen los costos, para la institución.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Para la determinación del problema nos enfocamos a la esfera de la investigación en enfermería en el área de la ciencia y la tecnología biomédica; por la importancia que esta representa en los aspectos económicos, políticos y sociales de México; con relación a la salud integral del individuo y la comunidad; ya que la enfermera es la persona que está en contacto directo con el paciente y quien brinda los cuidados, por lo tanto diagnostica las necesidades del usuario y las de ella misma para optimizar los recursos materiales y humanos.

La ciencia avanza rápidamente, por que cada día son más las necesidades del ser humano para mantener la salud; a su vez la tecnología biomédica tiene que ir cubriendo esas necesidades.

Por otro lado la globalización ha dado como consecuencia un marcado avance en el mercado de nuevos productos, para cubrir las necesidades.

Según las estadísticas nacionales y estatales del estado de Michoacán, tomadas del Consejo Nacional de Población, dentro de las principales causas de morbi-mortalidad son: Tumores malignos, cirrosis hepática, accidentes de tráfico de vehículos de motor, problemas renales y enfermedades infecciosas del intestino. Es importante mencionar que para el tratamiento de muchas de estas enfermedades se realizan cirugías, ya sea paliativas o curativas y como consecuencia se dejan drenajes postquirúrgicos al paciente, además de los drenajes traumáticos por accidentes automovilísticos, de arma de fuego o de arma blanca, los cuales dañan la cavidad abdominal principalmente.

Además, existe un alto índice de personas con cáncer, a quienes se les realizan múltiples tratamientos como el quirúrgico, radioterapia y quimioterapia, estos últimos tratamientos frecuentemente ocasionan fistulas internas o externas.

Otro aspecto que no se debe pasar por alto, son las enfermedades infecto-contagiosas que están a la vanguardia, el personal del área de la salud debe de protegerse lo mejor posible de todo tipo de secreciones de los pacientes.

Así mismo, la empresa Desechables Médicos, a través de su departamento de investigación clínica, observó que a los pacientes con padecimientos en los cuales presentan fluidos hacia el exterior, se les colocan gasa y apósitos como técnica para la colección de secreciones; dando como consecuencia que el paciente presente humedad continua ocasionándole en algunos casos dermatitis y hasta úlceras por el contacto de éstos en la piel.

Por otro lado se observó la incomodidad de los usuarios por los cambios frecuentes de apósitos, vendaje y hasta cambios de ropas de cama, como consecuencia de esta técnica.

El personal de enfermería dedica tiempo extra para este cuidado; descuidando otras actividades prioritarias para la atención ideal del usuario.

Adicionalmente existe un alto riesgo de infecciones cruzadas intra-hospitalarias; por los diversos tipos de usuarios y diferentes patologías que como consecuencia, tienen diversos tipos de secreciones como son: hemáticas, purulentas, gástricas, urinarias etc.

En lo que se refiere al tratamiento, no se lleva un control adecuado para el registro de líquidos; por que no se puede medir con exactitud la cantidad de secreciones. Por este motivo se llegan a presentar complicaciones como deshidratación y desnutrición. Por otra parte esto implica un alto gasto económico para las instituciones de salud debido al elevado consumo de material de curación. Por lo cual se diseñó el producto bolsa para fístulas enterocutáneas y/o drenajes, marca Demedic; a través del personal de enfermería que labora en la empresa DESECHABLES MÉDICOS S.A. de C.V.

Se retomó un estudio que se realizó en dicha empresa del producto, BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS Y/O DRENAJES, MARCA DEMEDIC y se consideraron las sugerencias de éste de realizar un estudio en el área clínica de costo-efectividad para las instituciones de salud, para su inclusión al cuadro básico del sector salud. Todo en beneficio del usuario, el personal de la salud y las instituciones.

Por lo tanto el problema se plantea de la siguiente manera:

EXISTEN VENTAJAS EN LA UTILIZACIÓN DE LAS BOLSAS COLECTORAS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, AL PACIENTE CON FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS Y/O DRENAJES POSTQUIRÚRGICOS EN EL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA, HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA Y EL IMSS DE MORELIA, EN EL PERIODO DEL 5 DE MAYO AL 5 DE JULIO DE 2000.

“ESTUDIO DE COSTO-BENEFICIO PARA LA INCLUSIÓN AL CUADRO BÁSICO”



FIG. 2 MUESTRA UNA DE LAS TÉCNICAS INADECUADAS DE COLECCIÓN DE FLUIDOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON FÍSTULAS O DRENAJES.

II.- MARCO TEÓRICO

La calidad de los servicios de salud, tiene una repercusión muy importante en los sistemas de gobierno; en los aspectos económicos, políticos y sociales.

¿Cómo podemos contribuir los enfermeros en este sentido, para ayudar a nuestro país?

En el desarrollo de este trabajo damos las bases de las patologías en las cuales se tiene implicación en el cuidado del usuario, el personal y las mismas instituciones de salud. (1)

Para poder determinar los beneficios de la utilización de las bolsas colectoras nos adentraremos primeramente en la anatomía y fisiología de los sistemas digestivo, urinario y tegumentario; para poder entender la anatomofisiopatología de las fístulas enterocutáneas, su diagnóstico, tratamiento y los cuidados de enfermería así como las complicaciones.

A su vez se describen algunos aspectos importantes de los drenajes postquirúrgicos.

Los cuidados de las fístulas enterocutáneas y de los drenajes es responsabilidad del personal de enfermería, por lo cual se deben de tener en cuenta los siguientes conocimientos de anatomía y fisiología.

ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL APARATO DIGESTIVO.

El aparato digestivo está conformado por el conducto digestivo; este forma un largo y continuo tubo, que comienza en la boca y termina en el ano, situándose la mayor parte en el interior de la cavidad abdominal.

Estructura histopatológica: la pared del tubo digestivo consta de 4 capas: mucosa, submucosa, muscular y capa externa o serosa.

BOCA

La boca constituye la cavidad de entrada del tubo digestivo. Se puede considerar formada por varias paredes: pared anterior, paredes laterales, techo de la boca, suelo de la boca y pared posterior. (2)

(1) M. PRIVES y Lisenkow " Anatomía Humana, Edición Mir, Tomo 1, México 1994, pp84.

(2) (2) H. ORTIZ, J. Martí, B.Foulkes. "Indicaciones y Cuidados de los estomas", Edición Doyma , Editorial Jims S.A. Barcelona España 1994, pp.1-20.

LENGUA.

Es un órgano muscular de tipo estriado, recubierto de una superficie mucosa, en la cual se encuentran numerosas papilas gustativas (filiformes, fungiformes y caliciformes).

DIENTES

Están divididos en tres porciones:

- Corona o porción libre.
- Raíz o porción empotrada dentro del alvéolo del maxilar.
- Cuello, que es la unión de ambas, su estructura esta formada por: cavidad pulpar, dentina, esmalte y cemento.

FISIOLOGÍA

La boca cumple una triple misión:

- Mecánica de masticación, realizada por los dientes, que tiende a triturar los alimentos ingeridos.
- Bioquímica, realizada por la ptialina o amilaza salival.
- Sensorial, de tipo gustativo, realizada por las distintas papilas gustativas de la lengua.

FARINGE.

Es un conducto musculomembranoso, continuación de la cavidad bucal y nasal, por lo que es común, tanto al aparato respiratorio como al digestivo, comunicando con la laringe y el esófago, respectivamente, con una longitud de unos 12.5 cm. Se divide en 3 porciones: nasofaringe, orofaringe y laringofaringe. Está formado por 2 partes, longitudinal y circular, de músculo estriado, recubierto interiormente de un epitelio cilíndrico pseudoestratificado a nivel de nasofaringe y de un epitelio escamoso estratificado en el resto.

ESOFAGO

Se puede considerar como propiamente el inicio del tubo digestivo. Es un conducto musculomembranoso de unos 25 cm de longitud, que pone en comunicación la faringe con el orificio de entrada al estomago o cardias, situándose detrás de la traquea y por delante de la columna vertebral, con 3 porciones: cervical, torácica y abdominal, atravesando en diafragma poco antes de alcanzar el estomago.(3)

(3) Idem.

HISTOLOGÍA.

Está constituido por una doble capa muscular circular interna y longitudinal externa, de tipo estriado en su tercio superior y de tipo lizo en sus dos tercios inferiores, y tapizado por una mucosa.

FISIOLOGIA.

La función del esófago es continuar el proceso de la deglución, impulsando al bolo alimenticio, por medio de ondas peristálticas progresivas y coordinadas, y una relajación del esfínter esofágico inferior. Está sometido a un control nervioso de tipo reflejo, a través del nervio vago; por lo tanto el proceso de la deglución tiene 3 etapas:

- De carácter voluntario.
- De carácter reflejo, por que se obstruyen las vías respiratorias al momento de la deglución.
- Relajo, por que es impulsado el bolo alimenticio a través de contracciones musculares de tipo peristáltico.

ESTOMAGO.

Es la porción más dilatada del conducto digestivo, situándose en la parte superior de la cavidad abdominal, debajo del diafragma y es donde se almacenan los alimentos antes de que pasen al duodeno.

ANATOMIA

Tiene dos caras anterior y posterior y dos curvaturas mayor y menor, posee dos esfínteres, uno a su entrada llamado cardías y otro a su salida llamado píloro. El estómago está formado por 4 capas: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

FISIOLOGÍA.

El estómago, dentro de su integración en el aparato digestivo, cumple una triple misión.(4)

- Digestiva.
- Mecánica.
- Química.

El resultado de esta fase de digestión gástrica se denomina quimo; la secreción del jugo gástrico esta regulada a 3 niveles: fase cefálica, gástrica e intestinal.

(4) CORTES, Miguel, "Anatomía y Fisiología" Editorial SUA, México 1998, pp289.

INTESTINO DELGADO

El intestino delgado se divide en 3 porciones:

- Duodeno, que mide aprox. 25 cm.
- Yeyono, que mide 2.5 metros.
- Íleon, que mide unos 3.5 metros.

Su extremo próximo comienza en el esfínter pilórico y el distal, termina en la válvula ileocecal; que impide el reflujo del contenido del colon al íleon. Su estructura histológica está acorde con su función, presentando 4 capas: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

FISIOLOGIA.

La función del intestino delgado consiste en continuar el proceso digestivo, hasta que los elementos nutritivos de los alimentos estén en condiciones de ser absorbidos.

Este proceso de la digestión tiene lugar en la luz intestinal y se realiza con las enzimas y fermentos contenidos en las secreciones pancreáticas, bilis y jugo intestinal. El jugo intestinal es segregado por las células epiteliales de la mucosa, en un volumen aproximado de 3.000 ml/día, y con un PH alcalino entre 6.5- 7.5, debido las numerosas enzimas que contiene: peptidasas, disacáridos, enterasas, amilasa intestinal.

Para favorecer este proceso de digestión química, el intestino delgado al igual que el estómago, mantiene continuas contracciones de segmentación que facilitan la mezcla del quimo con los jugos intestinales. También realiza movimientos de propulsión; que logran la progresión del quimo a lo largo del intestino. En termino medio se considera que los alimentos digeridos tardan unas 5 horas en alcanzar la válvula ileocecal.

En el intestino delgado se realiza la mayor absorción del agua, electrolitos, alimentos ingeridos y los diferentes jugos segregados. La capacidad de absorción es tal, que de los 8.5 litros de secreciones (1,2 de saliva, 2 de secreción gástrica, 1.5 de secreción pancreática, 0.7 de bilis y 3 de jugo intestinal), así como 1.5 litros de volumen ingerido con los alimentos, solo unos 500 ml llegan a pasar por la válvula ileocecal al colon.

No obstante, estos 500 ml todavía contienen abundante agua y electrolitos, por lo que el quimo es aún de consistencia líquida, muy irritante y corrosivo.

INTESTINO GRUESO.

Es el segmento distal del tubo digestivo, extendiéndose desde la válvula ileocecal hasta el ano, con una longitud de 1.5 metros aproximadamente.

El colon se divide anatómicamente en varias porciones:

- Ciego.
- Colon ascendente.
- Colon transverso.
- Colon descendente Sigma o sigmoides.
- Recto

Al igual que el resto del conducto digestivo, el colon está formado por 4 capas: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

FISIOLOGÍA.

Las funciones del colon son:

- Absorción de agua y electrolitos
- Almacén de materia fecal.

En el intestino grueso pasan aprox. 500 ml, que contienen agua y material no absorbido, se encuentra en un estado semilíquido, el colon absorbe la mayor parte del líquido, quedando únicamente de 80 a 100 ml de residuos que se eliminan por las heces, las cuales son almacenadas en el colon distal y recto, hasta que llegue el momento de la defecación. Todo este proceso se desarrolla de una manera lenta el quimo tarda de la válvula ileocecal al recto de 20 a 24 horas.

Las heces fecales se componen de:

- Agua y sales minerales.
- Residuos alimenticios no digeridos.
- Bacterias procedentes en su mayoría del colon.
- Pigmentos biliares.
- Material mucoso procedente del tubo digestivo.
- Detritos celulares desprendidos del intestino.

Además de la formación y almacén de la materia fecal, en el colon hay gran cantidad de gases provenientes del aire deglutido, difusión desde la sangre hacia la luz intestinal de gran cantidad de dióxido de carbono y de actividad bacteriana a nivel del colon que produce gran cantidad de dióxido de carbono, metano e hidrógeno; estos son absorbidos a través de la mucosa del intestino y solo una pequeña parte sale por el ano.(7)

(7) Idem

CONDUCTO ANAL.

Constituye la última porción del tubo digestivo.

Tiene una longitud de 2.5-4 cm, siguiendo una dirección descendente y hacia atrás, y abriéndose al exterior en el ano.

Esta compuesto por epitelio cilíndrico, submucosa, muscular y esfínter anal.

FISIOLOGÍA.

La función principal del recto y del ano es la defecación.

ORGANOS ANEXOS.

PANCREAS.

Es una glándula de color gris amarillento, al frente de las 2 primeras vértebras lumbares y por detrás del estómago, mide 12 cm de largo y 5 de ancho. , con un peso de 60 a 90 gramos, se divide en cabeza, cuerpo y cola. Secreta las hormonas: glucagón, insulina y somatostatina, se localiza por detrás y debajo del estómago. Es una glándula exócrina, por que secreta enzimas en los conductos para la digestión de los 3 tipos de sustancias alimenticias, el líquido pancreático es alcalino, esta enzima pasa al conducto y luego entran al duodeno en el mismo sitio que el colédoco. Además se secretan el glucagón y la insulina.

VESICULA BILIAR.

Es un receptáculo musculomembranoso piriforme alojado en la fosa vesicular, mide de 7 a 10 cm de largo por 2.5 de ancho y su capacidad es de 36 ml; tiene un conducto llamado cístico uniéndose con el conducto hepático se forma el colédoco que desemboca en el duodeno en la amputa de Vaster. Está en la superficie inferior del hígado, concentra y almacena la bilis, que entra en ella a través de los conductos hepáticos y císticos.

HÍGADO.

Es la glándula más grande del cuerpo, está inmediatamente debajo del lado derecho del diafragma y encima del estómago y de la masa intestinal, peso 1.500 gr. y es de color rojo pardo, se extiende hasta el epigastrio, recibe sangre de 2 fuentes: la arteria hepática aporta oxígeno, mientras que la vena porta lleva material absorbido del estómago y los intestinos; además de sangre del bazo, la sangre es transportada del hígado a través de la vena hepática.

FUNCIONES

- Funciones vasculares de filtración y almacenamiento de la sangre.
- Función secretora de producción de bilis.
- Función metabólica. (8)

(8) Idem

LA FILTRACIÓN: Ocurre debido a disposición singular de las células de Kupffer, dentro de las sinusoides venosas, estas células de Kupffer aumentan notablemente cuando hay un aumento en sangre de sustancias en particular. El almacenamiento de sangre en el hígado, es posible gracias a que alrededor de 650 ml o de 13 por 100 del volumen total de sangre, puede estar contenido en las venas y los senos hepáticos.

SECRECIÓN BILIAR.

Secretan diariamente alrededor de 700 ml de bilis cuyo precursor es el colesterol, obteniendo ya sea por la dieta o por síntesis, bilirrubina (formada por la destrucción de eritrocitos), colesterol, ácidos grasos y los electrólitos, encontrándose en el plasma, la bilis entra al intestino delgado y emulsifica las grasas y contribuye a la absorción de ácidos grasos, colesterol y otros líquidos en el tubo intestinal. Como acompañantes de absorción de grasas están las vitaminas liposolubles: A, D, E, y k.

APENDICE CECAL.

Es un tubo que se desprende de la porción inferior del ciego, se compara a un gusano por su forma y tamaño, el revestimiento mucoso a menudo se inflama, llamado apendicitis. (9)

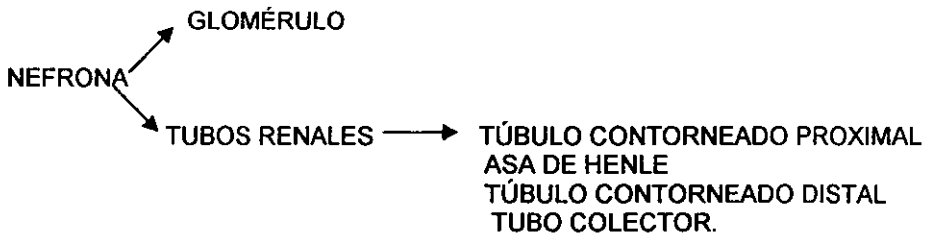
ANATOMÍA Y FÍSIOLOGÍA DEL SISTEMA URINARIO.

RIÑONES.

El sistema urinario está constituido por: 2 riñones, cuya función es excretar los productos terminales del metabolismo y contribuir de forma importante al control del equilibrio hidroelectrolítico.

Los riñones están localizados a los lados de la columna vertebral, entre la 12 vértebra dorsal y la 3 lumbar, miden 12 cm de longitud y 6 cm de ancho, semejan la forma de un frijol. El derecho está situado más abajo que el izquierdo, debido a que está rechazado por el hígado.

El izquierdo se relaciona con el páncreas y bazo, y por debajo se encuentra el colon; los riñones están recubiertos por una cápsula de tejido graso, más abundante en los niños que en los adultos, en el polo superior de cada riñón se encuentran las cápsulas suprarrenales. El corte longitudinal del riñón muestra una capa externa o corteza y una interna o medula, esta tiene 12 zonas triangulares de base externa o pirámide de Malpighi, la unidad funcional del riñón es la nefrona, formada por el glomérulo y los tubos renales.



Existen aproximadamente un millón de nefronas en cada riñón. El glomérulo está formado por una madeja de capilares sanguíneos provenientes de la arteria aferente, que termina en la eferente, cada glomérulo está recubierto por la cápsula de Bowman. Los tubos renales tienen varios segmentos: Túbulo contorneado principal, asa de Henle, tubo contorneado distal, tubo colector, éstos desembocan en los ventrículos de las pirámides, integrando así los cálices de la pelvis renal. La corteza renal contiene los glomérulos y tubos contorneados y la médula al asa de Henle.

PELVIS RENAL.

En esta región desembocan los cálices, tiene forma de embudo y continua en el uréter correspondiente.(10)

(10) H. Ortiz, op cit pp 218-225.

URÉTERES.

El uréter es el conducto que emerge del riñón y termina en la vejiga, la porción terminal de los uréteres en el hombre se relaciona con el conducto deferente y vesículas seminales y en la mujer con las arterias, venas uterinas y vagina.

VEJIGA.

La vejiga es un órgano, muscular hueco, situado en la excavación pélvica, inmediatamente detrás del pubis. En el hombre esta por delante del recto, separada únicamente por las vesículas seminales, y en la mujer por delante del útero y vagina.

La pared de la vejiga consta de 3 capas: Mucosa, Muscular y Fibrosa externa. La vejiga tiene la función de almacenar la orina, distendiéndose gradualmente hasta que se elimine en el momento de la micción. La vejiga recibe la orina proveniente de los uréteres y se va llenando progresivamente, cuando el volumen de la orina alcanza los 300- 350 ml, la presión alcanza los 15-18 cm de agua, que estimula los receptores situados en la pared vesicular, que transmiten los impulsos a centros nerviosos, produciéndose la sensación subjetiva de necesidad de orinar.

URETRA.

La uretra es el conducto urinario terminal en la mujer. Mientras que en el hombre los dos primeros centímetros son de urinario, para después recubrir los canales eyaculatorios convirtiéndose en genito-urinario.

La uretra masculina inicia en la vejiga y termina en el meato del glande, recorre varias zonas de donde toma su nombre y es intra-prostática, midiendo de 3-4 cm, en ella se abren los orificios de los conductos eyaculadores y el artículo prostático que comunica con la próstata. La membranosa va de la próstata al cuerpo esponjoso, mide de 1-2 cm. La uretra esponjosa mide 12 cm, tiene tres capas, la más importante es la media o vascular por contener tejido elástico y algunas venas que tienen propiedades eréctiles. La uretra se abre solamente durante la micción y la eyaculación.

La femenina es menos larga que la del varón, empieza en la vejiga y termina en la parte anterior de la válvula mide 3 cm, el meato se localiza delante de la vagina y atrás del clítoris. (11)

(11) Idem.

FISIOLOGIA

La orina se forma por el siguiente mecanismo:

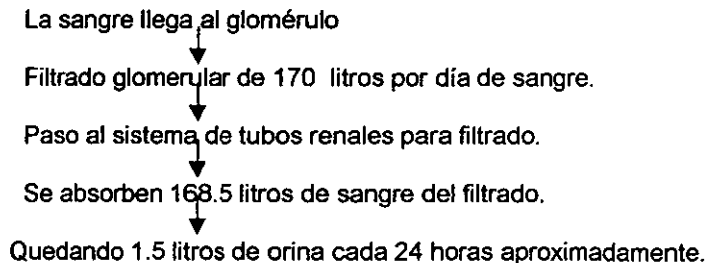
La sangre llega al glomérulo, donde se filtra a una velocidad de 170 litros en 24 horas produciendo un líquido de color claro, sin glóbulos rojos ni proteínas, conocido como filtrado glomerular, que circula por dentro del túbulo contorneado proximal, asa de Henle y tubo contorneado cristal, de ellos reabsorben 168.5 litros junto con elementos como sodio y potasio, eliminándose 1-5 litros de orina al día con materiales de desecho como urea, ácido úrico, creatinina sodio, potasio, radicales ácidos y otros.

Para regular la absorción de agua interviene la hormona antidiurética, producida por la glándula hipófisis y la aldosterona secretada por la corteza de las glándulas suprarrenales.

La función del riñón es retener la cantidad exacta de agua, así como las sustancias útiles y eliminar los sobrantes, regulando el medio interno, por eso se le conoce como El gran químico del organismo, si los riñones fallan se acumulan tóxicos y eso desequilibra el PH provocando la muerte en poco días.

La función de los cálices, pelvículas y uretéros es transportar la orina a la vejiga, donde se guarda hasta el momento oportuno de expulsarla.

GENESIS DE LA ORINA



ORINA.

Es el producto final formado por el riñón, por concentración del filtrado plasmático. Diariamente se eliminan 1000- 1500 ml que varían según la ingesta de líquidos, su PH oscila entre 4-8.

La composición de la orina es: Agua, sólidos, urea, ácido úrico, ácido hipúrico, creatinina, cloro, sodio, potasio, calcio, magnesio, fosfato, amoníaco, bicarbonato y sulfato. (12)

(12) Idem

GENERALIDADES Y FUNCIÓN DE LA PIEL.

EPIDERMIS.

La epidermis es la porción más externa de la piel y esta formada por un epitelio plano, poliestratificado queratinizante.

Estructura de la piel:

- Epidermis.
- Unión dermoepidérmica.
- Dermis papilar.
- Dermis reticular.
- Hipodermis o Tejido celular subcutáneo.
- Proceso interpapilar.
- Papila dérmica.

DERMIS.

La dermis que posee un espesor entre 15 y 40 veces mayor que el de la epidermis, esta constituido por un tejido, fibroelástico, denso, escasamente celular, que sirve de asiento a los anexos, vasos, nervios y corpúsculos nerviosos.

FIBRAS DE LA DERMIS.

En la dermis se distinguen 2 tipos de fibras de colágeno y las elásticas.

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO.

Constituido por lóbulos de células adiposas, separados por tractos de tejido conectivo, el tejido celular subcutáneo, actúa como aislante térmico, y además se comporta como un amortiguador ante traumatismos externos y como reserva nutritiva.

ANEXOS CUTANEOS.

- Glándula sudorípara ecrina.
- Glándula sudorípara apócrina.
- Folículo piloso.
- Glándula sebácea.
- Matriz del pelo en el bulbo piloso.
- Papila pilosa, aporte vascular.
- Tallo piloso o pelo.
- Músculo erecto del pelo. (13)

(13) H. Ortiz, op cit pp 23-29.

La piel es en anatomía, la parte del organismo que protege y cubre la superficie del cuerpo y se une, sin fisuras, con las membranas mucosas de los distintos canales (por ejemplo el canal alimenticio). En los distintos orificios corporales. La piel forma una barrera protectora contra la acción de agentes físicos, químicos o bacterianos sobre tejidos más profundos, y contiene órganos especiales que suelen agruparse para detectar las distintas sensaciones, como sentido del tacto, temperatura y dolor. Cumple un papel importante en el mantenimiento de la temperatura corporal gracias a la acción de las glándulas sudoríparas y capilares sanguíneos. En la regulación de la temperatura corporal participan los 4.5 metros de capilares sanguíneos contenidos en cada 6.5 cm cuadrados de piel.

La piel es elástica y excepto en algunas zonas como en las palmas de las manos, las plantas de los pies y los oídos, está unida de forma débil a los tejidos subyacentes.

El color de la piel varía según la cantidad de un pigmento, llamado melanina, que se deposita en las células cutáneas, la cual esta determinada por la herencia y por la exposición a la luz solar.

Las glándulas sebáceas tienen forma de saco y segregan el sebo que lubrica y ablanda la piel. (13)

FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

En 1960 Edmund, Williams y Welch, publicaron sus histórico trabajo sobre fístulas externas del tracto gastrointestinal en los avances terapéuticos y consiguieron en las décadas precedentes buenos resultados obtenidos de 157 usuarios afectados, a pesar de la antibioterapia y de las nuevas técnicas de reposición hidroelectrolítica la mortalidad no descendía de manera significativa en los últimos 20 años, en serie de 40% con avances teóricos y tecnológicos.

En 1961 Tremolieres induce la técnica de irrigación de la fístula con ácido láctico; en 1964, Chapmann, Foran y Dunphi, concretan prioridades en el tratamiento de fístulas entéricas y sus criterios siguen vigentes en la actualidad.

En 1971. Levy y Loygue, fueron los pioneros de la nutrición enteral continua a bajo flujo; en todos estos progresos se ha conseguido una reducción de la mortalidad menor del 10%, las fístulas siguen siendo en la actualidad uno de los mayores retos para la cirugía debido a la combinación de problemas nutricionales, metabólicos y sépticos que presentan.

CONCEPTOS.

FÍSTULA: (Del latín fístula, flauta, tubo). Trayecto patológico congénito o adquirido que pone en comunicación anormal 2 órganos entre sí (fístula interna) o con el exterior (fístula externa).

FÍSTULA ENTEROCUTANEA: Es la fístula que se establece entre una víscera hueca o conducto interno y la superficie exterior del cuerpo.

También se le denomina fístula a un trayecto cuyas paredes están formadas por tejido de granulación que comunican 2 superficies revestidas de epitelio en la estructura que se conecta.

El volumen del fluido, depende de la localización de la fístula y la existencia e importancia de una obstrucción distal, ya sea orgánica o funcional, para algunos autores 200 ml de secreción digestiva en 24 horas. Raramente causa problemas metabólicos, es de alto riesgo si el drenaje supera 500 ml diarios. (14)

(14) H. Ortiz op cit pp 271- 305

ETIOLOGÍA.

Las fístulas que tienen su origen en el tracto digestivo, son generalmente adquiridas, pero ocasionalmente pueden ser congénitas.

Las fístulas adquiridas pueden ser provocadas por múltiples causas, un traumatismo accidental, una intervención quirúrgica, una adherencia inflamatoria o neoplásica entre vísceras, la radioterapia, pero en la mayoría de los casos existe un componente infeccioso añadido que las produce o mantiene.

Se sabe que los abscesos inducen la fistulación mediante la conjugación de varios factores.

- Hiperosmolaridad, que provoca acumulación de líquido.
- Liberación de enzimas, procedentes de los fagocitos.
- Liberación de enzimas bacterianas.

Debido a estos mecanismos la cavidad del absceso va aumentando de tamaño hasta que se produce la penetración en una víscera. El aporte sanguíneo local insuficiente (arteriosclerosis, radioterapia, choque hipovolémico), son factores que afectan negativamente a la cicatrización de una herida (diabetes mellitus o mal nutrición).

La enfermedad intestinal intrínseca, que afecta a la pared de un órgano (enfermedad de Crohn, tuberculosis intestinal, fiebre tifoidea, sífilis, carcinoma) por la acción de un cuerpo extraño como los drenajes, favorecen la fistulización.

CLASIFICACIÓN DE LAS FÍSTULAS.

CONGÉNITAS: Son consecuencia de un fallo en la maduración embrionaria y pueden reconocerse inmediatamente en el periodo neonatal.

TRAUMÁTICA: Los traumatismos penetrantes que interesan una o más vísceras pueden provocar fístulas enterocutáneas o incluso internas. (heridas de arma de fuego).

INFLAMATORIAS: Es la causa más frecuente de fístulas internas en este tipo se incluyen las fístulas asociadas a la enfermedad de Crohn, Úlcera péptica, procesos inflamatorios, vesícula biliar litiásica, enfermedad diverticular de colon y tuberculosis.(14)

(15) Idem

NEOPLÁSICAS: Se trata habitualmente de un carcinoma que actúa por invasión directa, o bien por obstrucción, por perforación proximal y formación de un absceso.

FÍSTULAS POSTRADIOTERAPIA: Afecta habitualmente las asas del intestino delgado localizado en la pelvis. Las radiaciones ionizantes lesionan más intensamente a la mucosa que a los otros tejidos del tubo digestivo.

POSTOPERATORIAS: En su mayor parte comunican con la piel, pues la herida quirúrgica permite una rápida emigración hacia la superficie, siguiendo el trayecto de un drenaje, o a través de la herida de laparatomía.

FISIOPATOLOGIA.

Las fistulas gastrointestinales graves ocasionan diversos trastornos que pueden poner en peligro la vida del enfermo y los podemos sintetizar en:

- **PERDIDA DE CONTENIDO GASTROINTESTINAL;** La pérdida de líquido entérico hacia la superficie cutánea o a través de una fístula interna, puede dar como resultado una hipovolemia y graves trastornos ácido-básicos y electrolíticos.
- **PROBLEMAS CUTANEOS:** Las secreciones digestivas por su contenido enzimático, su ph y el contenido de bacterias, actuando sobre la piel desprotegida ocasionan ulceraciones con maceración y celulitis.
- **INFECCIÓN:** La presencia de un cierto grado de infección acompañado de las fístulas.
- **PROBLEMAS VASCULARES:** La digestión enzimática y erosión séptica de grandes vasos puede llevar a una hemorragia masiva.
- **PROBLEMAS RESPIRATORIOS:** La mal nutrición, la sepsis, dolor, y la presencia de derrames pleurales dificultan la función respiratoria. (15)

(16) Idem

TIPOS DE FÍSTULAS:

Fístulas Internas:

Fístulas gástricas, duodenales, biliares, pancreáticas, del intestino delgado, del intestino grueso, urinarias.

Fístulas Externas:

Son las fístulas enterocutáneas que ponen en comunicación una parte del sistema digestivo o urinario, y por lo tanto, dependiendo de su localización y su tipo excretan líquidos como pueden ser: Pus, secreción hemática, fluidos intestinales (bilis, jugo pancreático, jugo gástrico) y orina.

TRATAMIENTO.

A BASE DE:

- Restauración de volemia.
- Corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos y ácidos básicos.
- Protección de la piel.
- Control del débito de la fístula.
- Drenaje de abscesos.
- Antibioterapia, si se requiere.
- Disminuir el volumen de las secreciones digestivas; como cimetidina o ranitidina.
- Iniciar nutrición enteral y/o parenteral según sea el caso.

DIAGNOSTICO.

Realizar estudios del tubo digestivo; como la fistulografía, endoscopia, esofagoscopia, ecografía, TAC y radiografía.

TRATAMIENTO DEFINITIVO:

Quirúrgico; por medio de la corrección o sección del tracto fistuloso. (16)

(17) Idem.

PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS.

La piel es propensa a padecer enfermedades o alteraciones originadas, tanto por causas internas como externas. La inflamación de la piel o dermatitis puede producirse como consecuencia de la exposición a sustancias industriales irritantes, físicas o químicas, por el contacto con venenos de origen vegetal, o por quemaduras producidas por una exposición excesiva a los rayos ultravioleta del sol.

DERMATITIS DE CONTACTO.

Se denomina dermatitis de contacto a todas aquellas reacciones inflamatorias cutáneas provocadas por agentes externos de tipo físico o químico y que se localizan en su inicio en el lugar donde el agente causal contacta con la piel.

Desde el punto de vista patogénico hay que distinguir entre:

DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA. Causada por sustancias que por su composición química al ser aplicadas en suficiente concentración y durante un cierto tiempo producen, en todas las personas y desde el primer momento del contacto, fenómenos irritativos.

DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA. Provocada por varias sustancias, que pueden ser inofensivas para la mayoría de personas, sí pueden desencadenar una dermatitis en sujetos sensibilizados.

DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA.

Dentro de las complicaciones dermatológicas de las fístulas del intestino delgado, ésta es la más frecuente y la más precoz. Consiste en una inflamación de la piel circundante de la fístula. Clínicamente se traduce por eritema, edema, vasculación, erosiones, fisuración y exudación según su intensidad. El grado de irritación dependerá del tipo de agente causal y el tiempo de éste en contacto con la piel.

Las fístulas digestivas constituyen un caso especial por la elevada frecuencia, precocidad y gravedad de las dermatitis irritativas que provocan. Esto es por que las fístulas suelen drenar un volumen muy importante de líquidos generalmente muy ricos en enzimas. Esta es una complicación quirúrgica, que no es previsible, ya que las fístulas suelen ser accidentales e inesperadas y por ello no se habrán tomado las medidas pertinentes de protección a la piel. (17)

(18) H. Ortiz op cit pp 327- 329.

DERMATITIS DE CONTACTO ALERGICA.

Clínicamente se manifiesta en forma de placas eritematosas, con microvesiculación y tendencia a la exudación. Los cambios inflamatorios y las molestias subjetivas suelen ser más intensos que en la dermatitis irritativa, aunque ambas son difíciles de diferenciar desde el aspecto clínico.

Pocos pacientes son alérgicos a los productos utilizados en el cuidado de las ostomías. Pero con la aplicación continua, puede desarrollarse una sensibilización a cualquiera de los productos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El cuidado del usuario con fistulas provoca uno de los mayores retos de la enfermería y del equipo de salud. El tratamiento debe ser multidisciplinario, sin olvidar las necesidades sociales, espirituales, y físicas, teniendo en cuenta a la familia. El cuidado de las fistulas requiere conocimientos en los problemas quirúrgicos y de productos de estomaterapia.

El manejo eficaz de la fistula debe de ir encaminado a conseguir 7 objetivos:

- Protección de la piel con pastas, polvos y bolsas colectoras.
- Control de la cuantificación del contenido.
- Control del olor.
- Bienestar del usuario.
- Movilización del usuario
- Precios bajos de los materiales de ostomía.

GUIA DE VALORACIÓN DE LAS FÍSTULAS.

- Lugar de origen de la fistula en el aparato digestivo o urinario.
- Consistencia del flujo, corrosivo o no corrosivo.
- Olor.

INTEGRIDAD DE LA PIEL:

- Intacta.
- Eritema
- Excoriación.
- Denudada.
- Ulcerada.
- Macerada.

LOCALIZACIÓN CUTÁNEA DE LA FÍSTULA:

- Próxima a prominencias óseas.
- Superficie de la piel irregular.
- Estabilidad de la superficie cutánea; (móvil, flácida o estable).

NIVEL DE APERTURA DE LA FÍSTULA:

- Nivel de la piel.
- En el fondo de una herida.
- Retraída.

NUMÉRO DE ABERTURAS FÍSTULOSAS:

- Más de una.
- Proximidad entre los tractos.

CARACTERÍSTICAS DEL FLUJO:

- Enzimas activadas.
- Olor.

VOLUMEN DEL FLUJO:

- 200 ml en 24 horas o menos = fistula de bajo débito.
- 500 ml en 24 horas o menos = débito moderado- alto.
- 1000 ml en 24 horas o menos = fístula de alto débito.
- 1500 ml en 24 horas o menos = fístula de alto débito.

CONSISTENCIA DEL EFLUENTE.

- Líquido.
- Semilíquido, con partículas en suspensión.
- Grueso – pastoso.

PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO.

Es necesario la flexibilidad del plan, ya que el cuadro clínico puede cambiar en cualquier momento, el posible compromiso de la herida operatoria será siempre una consideración importante y la colocación profiláctica de la bolsa en los drenajes o en heridas sospechosas evitará muchas molestias a largo plazo.

PROTECCIÓN DE LA PIEL.

En la actualidad existen pastas protectoras para la piel; éstas se utilizan para crear una barrera alrededor de la fístula, para rellenar superficies irregulares y aislar las fístulas o drenajes de la herida quirúrgica. (19)

(20) Idem.

POLVOS PROTECTORES PARA LA PIEL.

Se usarán en los cuidados de las fistulas; para cubrir las zonas rugosas en el interior de las heridas con el objeto de proteger los tejidos expuestos al efluente y excoriaciones de la piel.

PROTECTORES DE BARRERA.

Son parches hidrocoloides; hechos a base de carbiximetilcelulosa sódica. Estos se pueden colocar en la superficie de la piel para su protección.

BOLSAS COLECTORAS PARA FLUIDOS.

CARACTERISTICAS:

- La bolsa debe ser de tela plástica, transparente y flexible.
- Tiene una superficie de adhesión de aproximadamente de 60-70 mm de circunferencia, para incluir la fistula dejando espacio suficiente para fijar la bolsa a la piel.
- Cuenta con una guía de círculos concéntricos en la parte de la placa protectora para la piel, con la finalidad de poder cortar el tamaño requerido, dependiendo del tamaño y forma de la fistula o el drenaje.
- La placa de CMC, es flexible para que permita adaptarse a los cambios constantes de posición del usuario.
- La bolsa tiene una escala de cuantificación de volumen, para el control de líquidos.
- Tiene una llave de desagüe, de fácil manejo. (20)

NUTRICIÓN PARENTERAL.

En los usuarios con fístulas de alto débito, se le aplicará nutrición parenteral para cubrir los requerimientos nutricionales a través de una vena central, esto lo mantendrá en un estado metabólico estable y ayuda a disminuir el débito.

ASPECTO EMOCIONAL.

Es importante platicar con el paciente y sus familiares, informándoles en forma regular acerca de su tratamiento y sus progresos, esto permite ganar cooperación y confianza de ambos, adquiriendo el compromiso del usuario a su propia recuperación, tan pronto como sea posible deberá movilizarse, es importante el aspecto personal, la visita de sus familiares y la visita de otros usuarios que hayan cursado experiencias similares. Esto le aliviará sus miedos. (20)

DRENAJES POSTQUIRÚRGICOS.

CONCEPTO: Es el medio por el cual queda asegurada la salida de líquidos y derrames por una herida, absceso o cavidad natural, traumática o quirúrgica.

PROPOSITO: El propósito fundamental de los drenajes y sondas, es permitir o favorecer el escape de líquidos que sean perjudiciales para la cavidad corporal.

EXISTEN 2 TIPOS DE DRENAJES:

- Por gravedad.
- Por aspiración.

ORIGEN.

- Vegetal, (caucho y látex).
- Sintético, (metal, nylon, silastix y hule).

VARIEDAD DE LOS DRENAJES.

Los drenajes se pueden utilizar con fines profilácticos o terapéuticos, los profilácticos para evacuar líquidos intestinales, orina u otros.

Los drenajes terapéuticos ayudan a sacar aire, líquidos del área quirúrgica, lo cual elimina espacios muertos y permite la aproximación de los tejidos. Los drenajes evitan lesiones de los tejidos y así los diversos órganos pueden funcionar normalmente además de ayudar a una cicatrización normal, reducir el edema y disminuir el medio de cultivo de los microorganismos.

El material más utilizado para los drenajes es el PEN-ROSSE; es un material de látex coagulado, de diferentes especies de arboles. Tiene una forma de cilindro de paredes de látex, delgado, su diámetro varía de 6mm a 2.5 cm. Con una longitud de 15 a 30 cm.

Para poder elegir diámetro y longitud, este drenaje, actúa principalmente por capilaridad, arrastrando pus o líquidos de la cavidad a la superficie del organismo a través de una abertura o herida por transfusión que se realiza cerca de la incisión quirúrgica principal. No daña los órganos cercanos y produce poca reacción tisular.

MEDIDAS EXISTENTES: 1, ¼, ¾, 3/8, 5/8, 5/16 Y 7/8.

TUBO DE DRENAJE: Usado para extraer secreciones acumuladas desde las cavidades más profundas del cuerpo, generalmente se colocan en el transoperatorio en la cavidad abdominal con sondas como: Nelatón o Foley.

(22) BERRY Khon " Técnicas de Quirófano " ,Edición 8, Editorial Haucour, México 1998.

Los drenajes no se deben colocar en la herida quirúrgica, por que constituye un medio de comunicación de la herida y puede provocar mala cicatrización.

Si el drenaje no funciona adecuadamente y no evacua las secreciones provoca infección y hasta sepsis, por lo cual se deberán realizar curaciones diarias.(21)

2.9.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ASPECTO EMOCIONAL DEL PACIENTE.

La vida es un proceso de adaptaciones a diferentes circunstancias, adaptarnos tanto a la salud como a la enfermedad, las emociones, sentimientos y pasiones son características de una persona. El término estrés según Selye se pierden muchos sentimientos originales, pero en un sentido más general a adquirido carta de la naturalización en la medicina, el respaldo social y familiar ante situaciones adversas de la vida entran en juego varias conductas y problemas al aver dependencia como son: Negación, sentimientos de ambivalencia, síntomas de dependencia, depresión, miedo, colera, angustia, alteraciones del sueño y la sexualidad, insuficiente de alimentos y líquidos, reflexión, sentimientos de duelo.

LAS EMOCIONES SE CLASIFICAN EN:

- Placer –displacer.
- Excitación_ calma.
- Tensión-relajación.(23).

SEGÚN VIRGINIA HENDERSON, EXISTEN 14 NECESIDADES BÁSICAS EN EL PACIENTE.

- Respirar.
- Eliminar.
- Moverse y mantenerse en una buena postura.
- Dormir y descansar.
- Vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de los límites normales.
- Protección de tegumentos.
- Estar limpio y asiado.
- Evitar los peligros.
- Comunicarse con sus semejantes.
- Actuar según sus creencias y sus valores.
- Ocuparse para realizarse.
- Recrearse.
- Aprender.(24).

(23).- D. R.SUA, "Teorias y Modelos para la practica de enfermería" México 1999.

(24).- MOTA Angel, " Enfermería Psiquiátrica", Editorial Interamericana, México 1984.

SEGÚN MASLOW, EXISTEN 5 NECESIDADES PRIMORDIALES DEL SER HUMANO, LAS CUALES SON:

- Fisiológicas.
- Seguridad.
- Afecto.
- Estimación.
- Autorealización.

La función primordial de la enfermera, es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud y su recuperación por sí mismo, teniendo la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria; todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia en la forma más rápida posible, por lo cual la enfermera brindara cuidados con calidad, poniendo especial atención en los insumos que utiliza, para el cuidado y tratamiento del paciente, éstos deben cubrir las necesidades de seguridad y comodidad que contribuyan a la pronta recuperación del paciente. (25).

2.10.- INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

Las infecciones intrahospitalarias elevan la morbi-mortalidad, aumentan los costos de atención derivados de una prolongada estancia hospitalaria, el empleo de antibióticos y exámenes de laboratorio, las técnicas inadecuadas de asepsia en heridas quirúrgicas, y la manipulación de las mismas, existe un gran predominio de infecciones por manipulación constante de drenajes, por la falta de utilización de una técnica cerrada adecuada.

Existen múltiples factores que pueden encontrarse asociadas a la existencia de una infección de adquisición intrahospitalaria.

Dichos factores pueden dividirse y clasificarse de diferentes formas, siendo una de ellas la que los divide en factores: asociados al huésped, al agente causal y al ambiente hospitalario.

La interacción entre factores predisponentes del paciente y aquellos asociados con el ambiente del hospital es especialmente compleja en cualquier etapa de la vida del ser humano, donde existe un subgrupo de niños, jóvenes y adultos con mayor riesgo de adquirir infecciones al ingresar a un hospital. Dichos factores de riesgo se encuentran asociados con la propia edad, las defensas del huésped factores fisiológicos, barreras anatómicas algunas enfermedades de base como la presencia de enfermedades respiratorias, la bronquitis crónica y enfisema.

Que contribuyen en forma importante al desarrollo de procesos infecciosos.

En cuanto al sistema inmune se sabe que en la etapa adulta las alteraciones de la función de las células T, clínicamente muestran datos de anergia cutánea, también se ha visto aumento de las células T supresora y de algunas inmunoglobulinas como la IgG e IgA, además existe mayor cantidad de anticuerpos, las cuales pueden inhibir la fijación del complemento a la superficie celular y alteraciones de tipo fagocitario.(26)

(26) PONCE DE LEON, S, Baridó E, Rangel S, Soto JL, wey, Zaidi, M " manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Washington: OPS/ OMS 1996.

2.11 CONTROL DE LIQUIDOS Y/O FLUIDOS CORPORALES.

El control de líquidos es el registro de la medición y cuantificación exacto de los líquidos que ingresan y egresan al organismo en 24 hrs.

El paciente quirúrgico incapacitado para ingerir alimentos y agua, necesita de un adecuado control de los líquidos para cubrir sus requerimientos. El líquido en el intestino se pierde hacia el espacio extracelular, ya sea que permanezca en el paciente o se expulse por un drenaje o una fistula, el que permanece en el paciente se puede cuantificar por la disminución de la diuresis (1, a 1.5 lts. En 24 hrs), el que sale del paciente se puede cuantificar adecuadamente si se colecta en una bolsa para drenaje donde se puede medir y ver características del fluido.

En cuanto a la reducción de tiempo de atención de enfermería los drenajes se dejan en las heridas para drenar un espacio, proporcionar un conducto para que se evacue el líquido que se acumule tanto de los drenajes como de las fistulas. Donde se necesita colocar un apósito para que absorba los fluidos secretados hacia la superficie, por lo que resulta difícil llevar a cabo la cuantificación de secreciones por el personal de enfermería.

Que se utiliza mas de tiempo enfermera-paciente que tiene que hacer varios cambios de apósitos durante su turno, donde también se usan, gasa, soluciones antiséptica, guantes, tela adhesiva, vendas etc. cada vez que se hace una curación al paciente realizando, cambios de ropa de cama y ropa del paciente, obteniéndose ventajas de no usar material de curación al usar la bolsa colectora.(27)

ENCONTRAMOS VENTAJAS AL UTILIZAR BOLSAS COLECTORAS DE FLUIDOS COMO SON:

- No se dan las condiciones necesarias para la reproducción de microorganismos (calor, humedad y obscuridad).
- Se tiene más facilidad de observación y diagnóstico oportuno de alguna dificultad en el área del drenaje o la fístula.
- Se facilita el baño si la bolsa colectara esta bien colocada, el paciente no tiene dificultad al bañarse.
- Se evita el uso de cinta adhesiva o microopore, tanto por el ahorro de la misma, como por la reacción que ésta causa en la piel. (28)

TECNICA DE COLOCACIÓN DE LA BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS, Y/O DRENAJES. MARCA DEMEDIC.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Realice asepsia de la zona donde colocará la bolsa y seque perfectamente.
- 2.- Observe la forma y tamaño de la fístula o del drenaje.
- 3.- En la bolsa recortar en el área de los círculos concéntricos, el tamaño y forma aproximada de la fístula o del drenaje, para proteger la piel y evitar escurrimientos.
- 4.- Desprenda el papel del adhesivo, por el extremo donde tiene la pestaña.
- 5.- Coloque la bolsa del centro hacia afuera y dé un ligero masaje sobre la placa protectora.
- 6.- Coloque la llave en forma vertical, esto indica que se encuentra cerrada.
- 7.- Si desea drenar la bolsa, gire la pinza a la izquierda en posición horizontal, vacíe el contenido y cierre nuevamente, girando la llave a posición vertical.

RECOMENDACIONES:

- Sugerimos drenar la bolsa, cuando ésta se encuentre al límite de 200 ml, esto mantendrá la bolsa adherida por mas tiempo.
- Cambie la bolsa cada 24 horas; para la realización de la asepsia de la fístula.



FIG. 3 ASEPCIA ADECUADA PREVIA A LA COLOCACIÓN DE LA BOLSA COLECTORA.

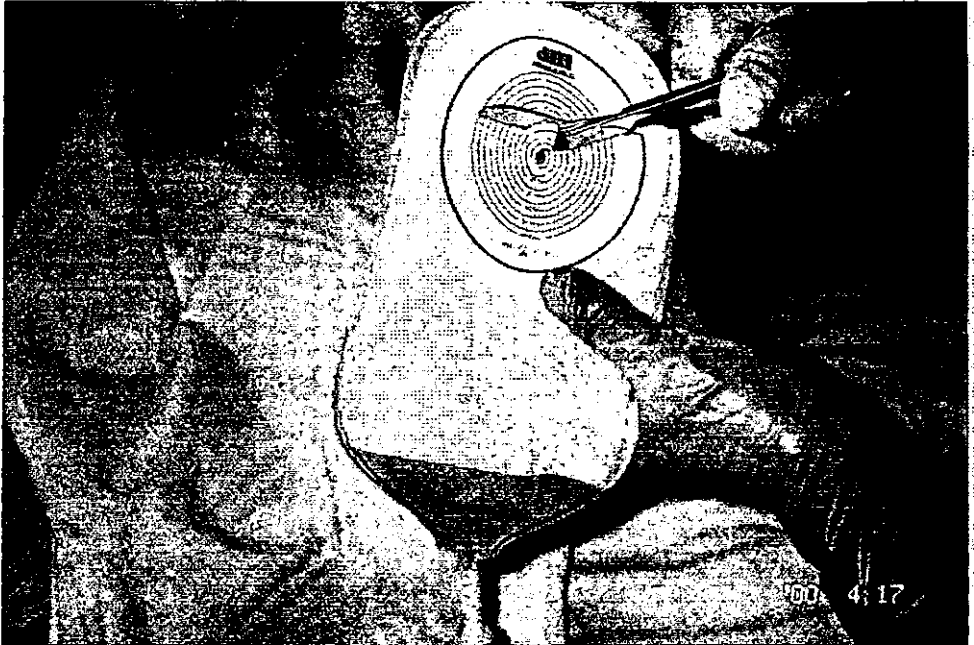


FIG.4.- MUESTRA LA FORMA CORRECTA DE MEDIR, LA GUÍA DE CIRCULOS DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LA FÍSTULA O EL DRENAJE.



**FIG. 5.- MUESTRA LA COLOCACIÓN ADECUADA DE LA BOLSA
COLECTORA, MARCA DEMEDIC.**



FIG. 6 MUESTRA LA BOLSA COLECTORA CORRECTAMENTE COLOCADA.



FIG. 7 ESTA ILUSTRACIÓN MUESTRA CLARAMENTE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE FLUIDOS, ASÍ COMO LA LLAVE PARA DRENAR, LO QUE PERMITE UNA CUANTIFICACIÓN Y DRENAJE ADECUADO.

NUEVO PRODUCTO PARA COLECCIÓN DE FLUIDOS O LIQUIDOS CORPORALES. DEMEDIC.

NOMBRE DEL PRODUCTO " BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTANEAS Y DRENAJES, MARCA DEMEDIC.

REGISTRO DE LA SECRETARIA DE SALUD: 0713C99 S.S.A.

DESCRIPCIÓN, PRESENTACIÓN Y ESPECIFICACIONES.

DESCRIPCIÓN: Bolsa de plástico en forma de botella, autoadherible, inolora con protector para la piel con adhesivo, guías para hacer orificios de 6 a 60 mm. Y con un protector que evita la irritación de la piel y con una llave para cierre o drenaje.

PRESENTACIÓN: En empaque individual primario, con sus especificaciones.

ESPECIFICACIONES: Recipiente en forma de botella, elaborado con plástico transparente, flexible, en el extremo superior de sus caras tiene una tela, con un protector para la piel adherible, además marcas para hacer orificios y una que cubre la cara interna de la bolsa, que estará en contacto con la piel del paciente.

El extremo inferior de la bolsa tiene sellado un tubo con una llave para drenaje o cierre hermético, así mismo no permite la salida de olores, y las paredes de la bolsa no se adhieren entre si mismas.

En la cara externa de la bolsa tiene graduaciones hasta 200 ml.

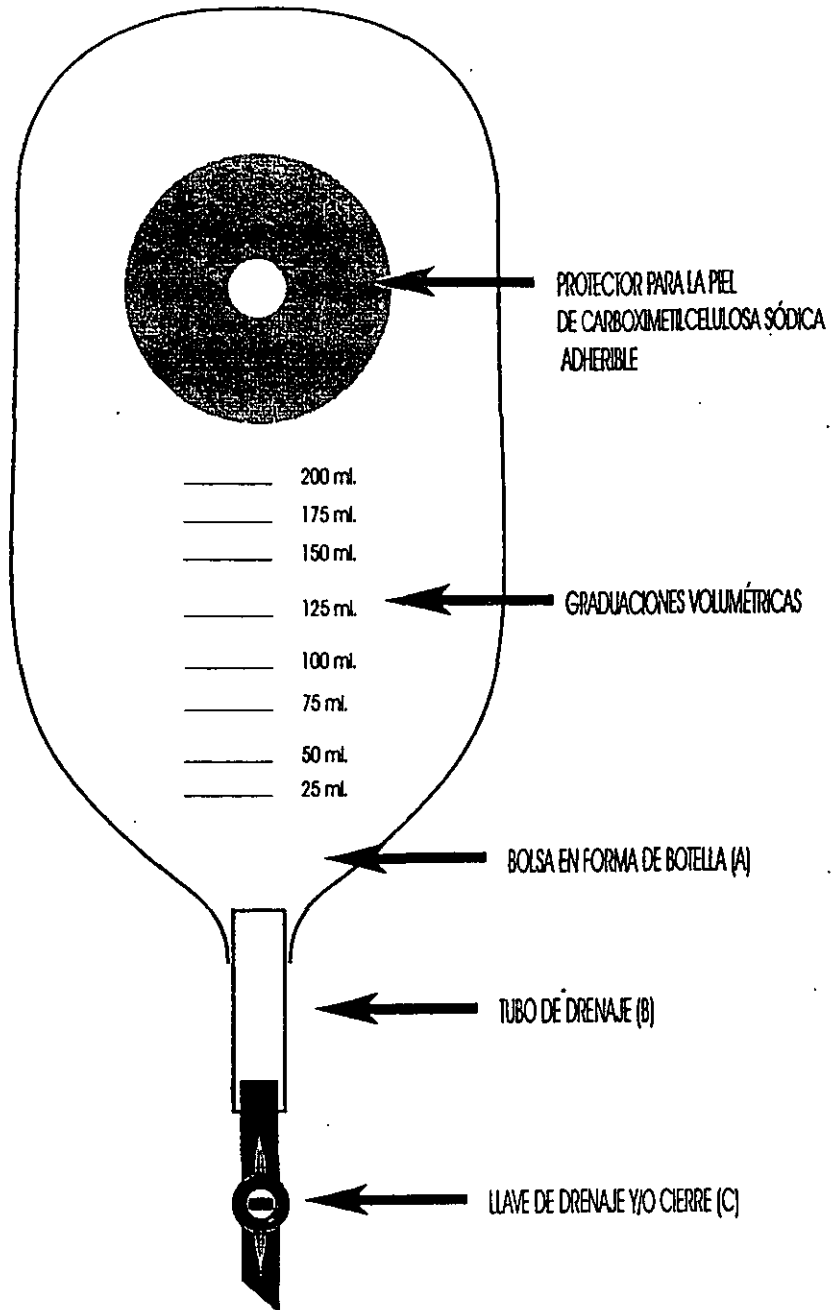


FIG.9 MUESTRA LA BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTANEAS Y/O 46 DRENAJES MARCA DEMEDIC, CON LA CUAL SE REALIZÓ EL ESTUDIO.



FIG. 8 ESTA ILUSTRACIÓN MUESTRA UNA PACIENTE, CON UNA BOLSA COLECTORA PARA FÍSTULAS, MARCA DEMEDIC, OBSERVÁNDOSE COMODA Y SEGURA. EN RELACIÓN A LA TÉCNICA DE COLECCIÓN DE LA FIG. 2.

III.- METODOLOGÍA

3.1. HIPOTESIS

“ LA UTILIZACIÓN DE LAS BOLSAS COLECTORAS PARA PACIENTES CON FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS Y/O DRENAJES, REPERCUTEN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DISMINUYENDO EL COSTO-BENEFICIO Y COSTO-EFECTIVIDAD EN EL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLOGICO, HOPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA Y EL IMSS DE MORELIA”

3.2. VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE (CAUSA)	NIVEL DE APLICACIÓN	INDICADORES
Bolsas Colectoras	Personal de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de colocación adecuada. • Complicaciones en la colocación. • Drenaje de la bolsa a la capacidad de 200ml. • Evitar infecciones cruzadas. • Evitar lesiones cutáneas.
	Usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Comodidad. • Seguridad. • Bajo costo. • Pronta recuperación. • Pronta integración a su ámbito social.
	Institución	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de costos.

VARIABLE DEPENDIENTE (EFECTO)	NIVEL DE APLICACIÓN	INDICADORES
Ventajas en la utilización.	Personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar contaminaciones personales y del medio ambiente. • Comodidad. • Seguridad. • Reducción de tiempo de atención al usuario. • Disminuye el riesgo de infecciones cruzadas. • Reduce riesgos por contaminación de secreciones hacia la herida quirúrgica. • Facilita la cuantificación de líquidos.
	Usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda comodidad. • Seguridad. • Previene escurrimientos. • Mantiene seco al paciente. • Reduce tiempo de incapacidad. • Reduce días hospitalarios.
	Institución	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce días hospitalarios. • Disminuye reingreso. • Reduce el consumo de material de curación. • Reduce costos de lavandería. • Disminuye costo de personal de intendencia del cubículo.

3.3 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es **experimental**.

Transversal, por que estudia lo mismo, en diferentes tiempos y espacios.

Por el momento de colección de datos; es **prospectivo** porque se registra la información, según pasan los hechos y a su vez longitudinal porque se van analizando los cambios a través del tiempo según los indicadores del estudio.

La proyección de la investigación, es **descriptiva** porque busca las características y propiedades del grupo de usuarios que estudiamos.

La **muestra es no probabilística**; porque la población en estudio no depende de la probabilidad; si no de las causas en este caso de cómo beneficia la bolsa colectoras; con relación a los usuarios, el personal de la salud y las instituciones; que son las causa de la investigación

3.4 TIEMPO.

Del 5 de Mayo al 5 de Julio de 2000.

3.5. UNIVERSO.

- Usuarios del Centro de Atención Oncológica.
- Usuarios del Hospital General " Dr. Miguel Silva".
- Usuarios del IMSS de Morelia.
- Personal de enfermería del área de cirugía.

3.5 MUESTRA.

- Pacientes con fistulas enterocutáneas.
- Pacientes con drenajes postquirúrgicos.
- Personal de enfermería del área de cirugía, de las Instituciones de salud.

3.6 CRITERIOS DE INCLSIÓN.

- Usuarios con fistulas enterocutáneas.
- Usuarios con drenajes postquirúrgicos.
- Plantilla del personal de enfermería del Centro Oncológico, Hospital General y del IMSS de Morelia Mich.

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que presentaron alguna complicación como: (úlceras)
- Pacientes que se dieron de alta voluntaria, sin valorar la bolsa.
- Pacientes a los que se les retiro el drenaje, antes de concluir el estudio.
- Personal de enfermería del turno nocturno, que se encontraron en descanso durante el estudio, personal con licencias médicas, permisos y vacaciones.

IV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	X			
ELABORACIÓN DEL MARCO TEORICO.	X X X			
ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS.		X X		
PROCESAMIENTO DE DATOS.		X X		
REDACCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.			X X	
PREPARACIÓN DEL MATERIAL DIDACTICO.			X X	
PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.				X

V.- PRESUPUESTO.

RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 SECRETARIA. • 3 ALUMNAS DE L.E.O. 	\$ 6.000.00	\$ 6.000.00
RECURSOS MATERIALES.	<ul style="list-style-type: none"> • RENTA DE OFICINA. • RENTA DE EQUIPO DE COMPUTO. • PAPELERIA. • COSTOS DE IMPRESIÓN. • FOTOCOPIAS. • GASOLINA. • MATERIAL DE CURACIÓN 	\$ 3.174.00. \$ 1.300.00. \$ 500.00. \$ 700.00. \$ 1.500.00. \$ 1.000.00	\$ 8.174.00

TOTAL _____ \$ 14. 174.00

VI.- MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO.

6.1.- METODO CUALITATIVO.

Por observación a los usuarios y al personal de enfermería, en lo referente a técnica de colocación de las bolsas y los pacientes su aspecto emocional para valorar la comodidad del producto.

6.2.- CUANTITATIVO POR MEDIO DE CUESTIONARIO.

Para la recopilación de la información se aplicaron cuestionarios con tipo de preguntas cerradas; con las que pudimos obtener la información sobre las ventajas, opinión de los usuarios y del personal de enfermería en lo referente a los beneficios de las bolsas colectoras.

6.3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

6.3.1.- FICHAS DE TRABAJO.

Para la elaboración del marco teórico se consultaron 38 literaturas, elaborándose 40 fichas de trabajo, las cuales están enfocadas a las variables de estudio.

6.3.2.- CUESTIONARIO.

Fue elaborado en base a los indicadores de cada variable teniendo como objetivo, obtener datos reales para obtener la comprobación de la hipótesis.

6.3.3.- ENTREVISTA.

Fue elaborada en base a los indicadores de las variables, aplicadas a los usuarios estudiados.

VII.- DISEÑO ESTADÍSTICO.

7.1.- UNIVERSO.

7.1.1- UNIVERSO DE USUARIOS.

Lo conformaron 100 pacientes internados en las instituciones de estudio, a quienes se les aplicó la entrevista:

H.G.R.M.F. # 80 IMSS	60%
H.G. " Dr. Miguel Silva "	20%
Centro Estatal de Atención Oncológica	20%

7.1.2.- UNIVERSO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Lo integraron 100 enfermeras, que laboran en las diferentes instituciones de salud estudiadas, a quienes se aplicó el cuestionario.

H.G.R.M.F. #80 IMSS	70%
H.G. Dr. Miguel Silva	5%
Centro de Atención Oncológica	25%

7.2.- PRECESAMIENTO DE DATOS.

Se llevó acabo mediante el sistema de paloteo que condujo a la cuantificación de los datos y guiaron la elaboración de cuadros y gráficas.

7.2. CUADROS Y GRAFICAS.

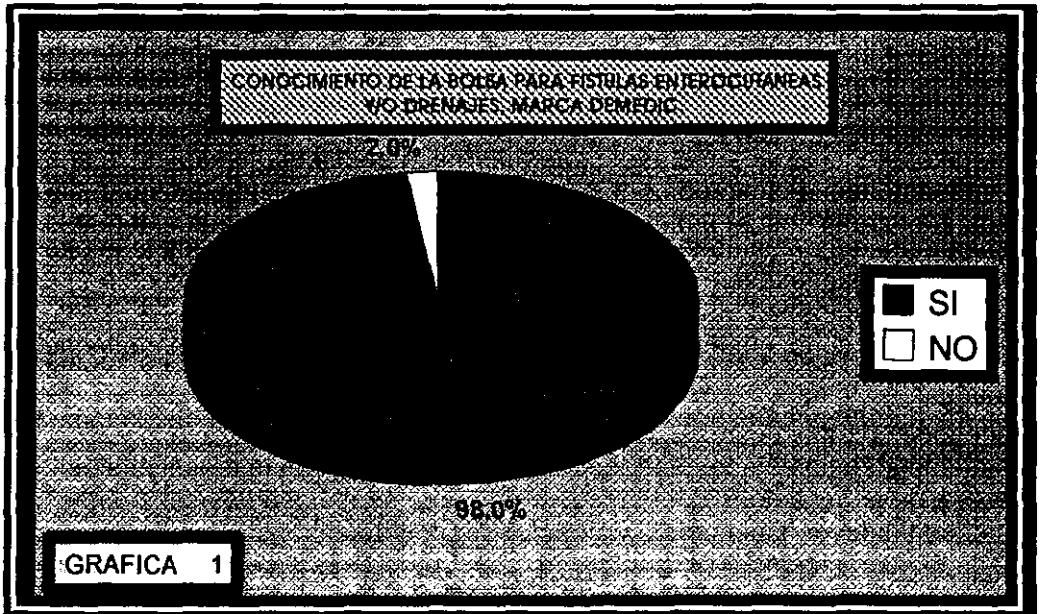
**RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS
CONTESTADOS POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA.**

CUADRO 1

CONOCIMIENTO DE LA BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTANEAS Y/O DRENAJES, MARCA DEMEDIC.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	98	98%
NO	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería, de las instituciones de salud.

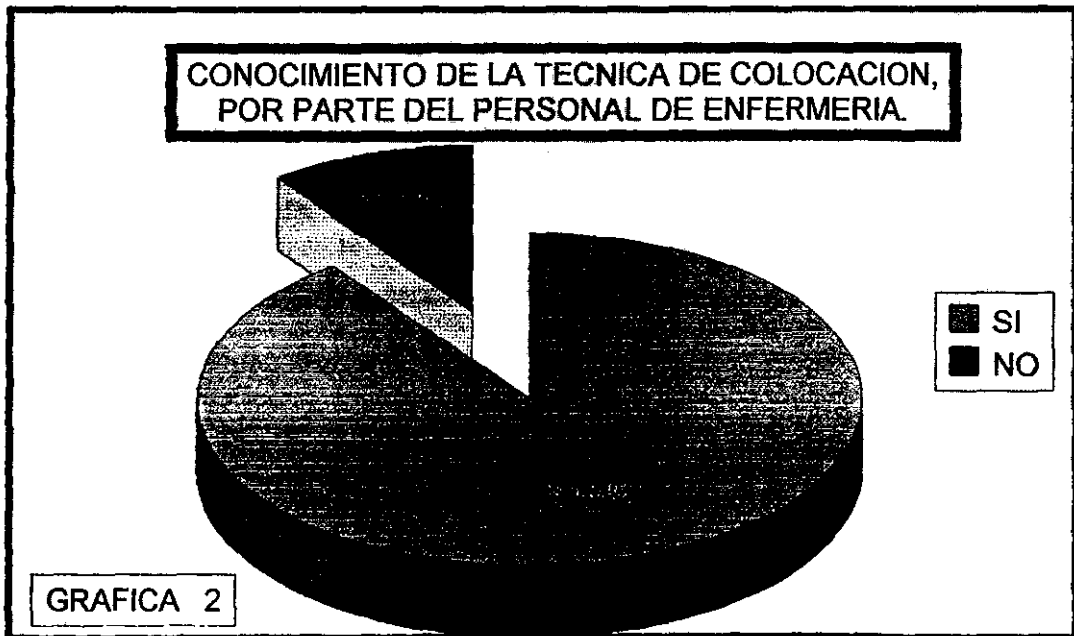


CUADRO 2

CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	90%	90%
NO	10%	10%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería, de las instituciones de salud.

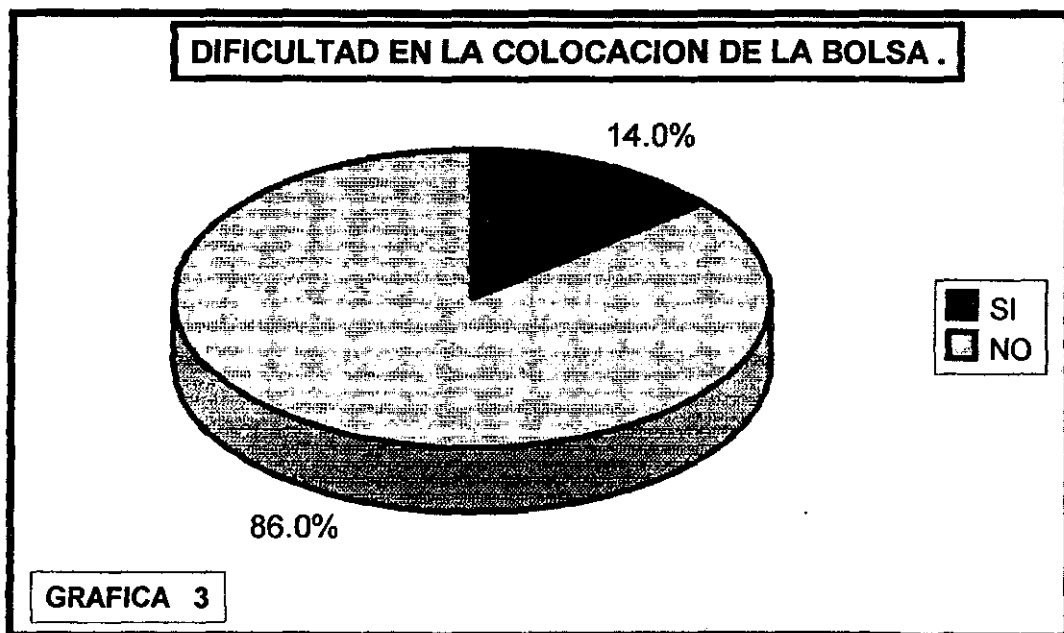


CUADRO 3

DIFICULTADES DURANTE LA COLOCACIÓN DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	14	14%
NO	86	86%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería, de las instituciones de salud.

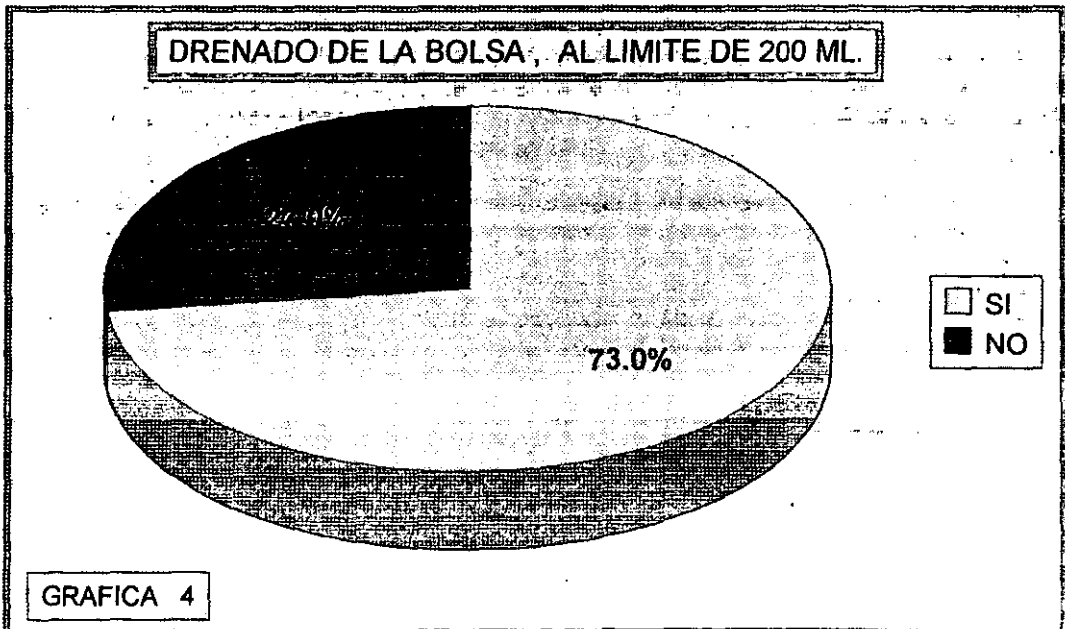


CUADRO 4

DRENADO DE LA BOLSA, AL LIMITE DE 200 ML.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	73	73%
NO	27	27%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería, de las instituciones de salud.

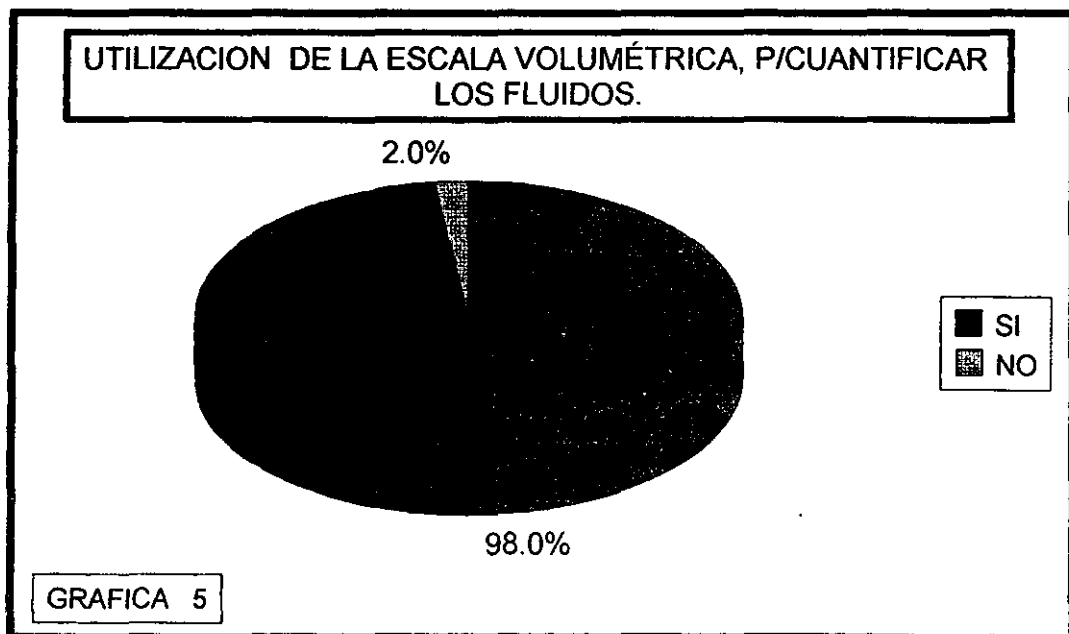


CUADRO 5

UTILIZACIÓN DE LA ESCALA VOLUMÉTRICA, PARA CUANTIFICAR LOS FLUIDOS.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	98	98%
NO	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería, de las instituciones de salud.

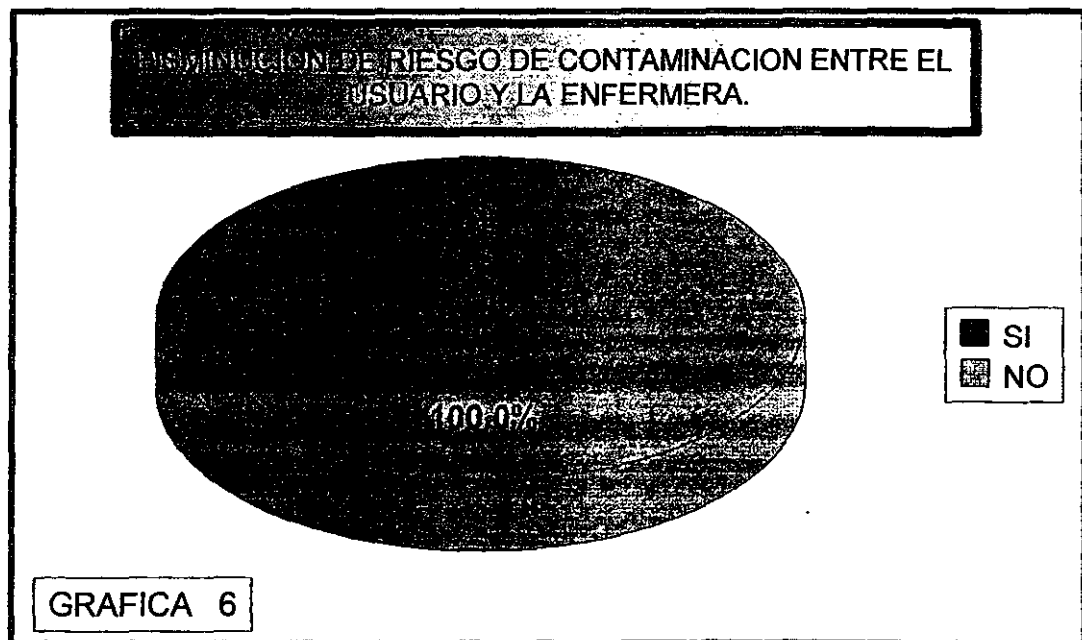


CUADRO 6.

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CONTAMINACIÓN, ENTRE USUARIO Y LA ENFERMERA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	100	100%
NO	0	0
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.



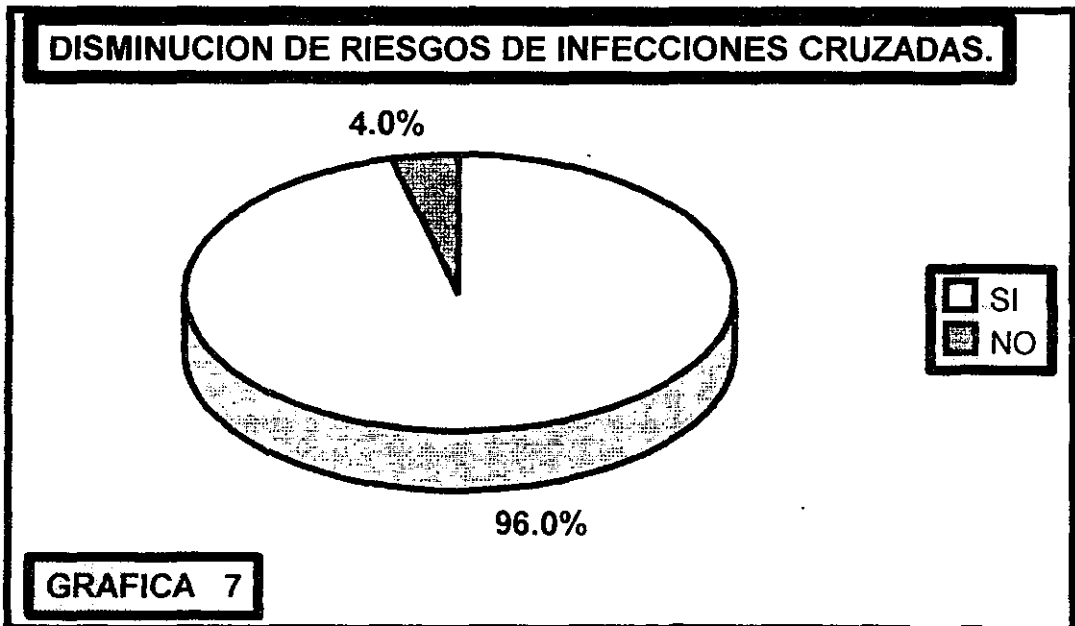
GRAFICA 6

CUADRO 7

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES CRUZADAS.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	96	96%
NO	4	4%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

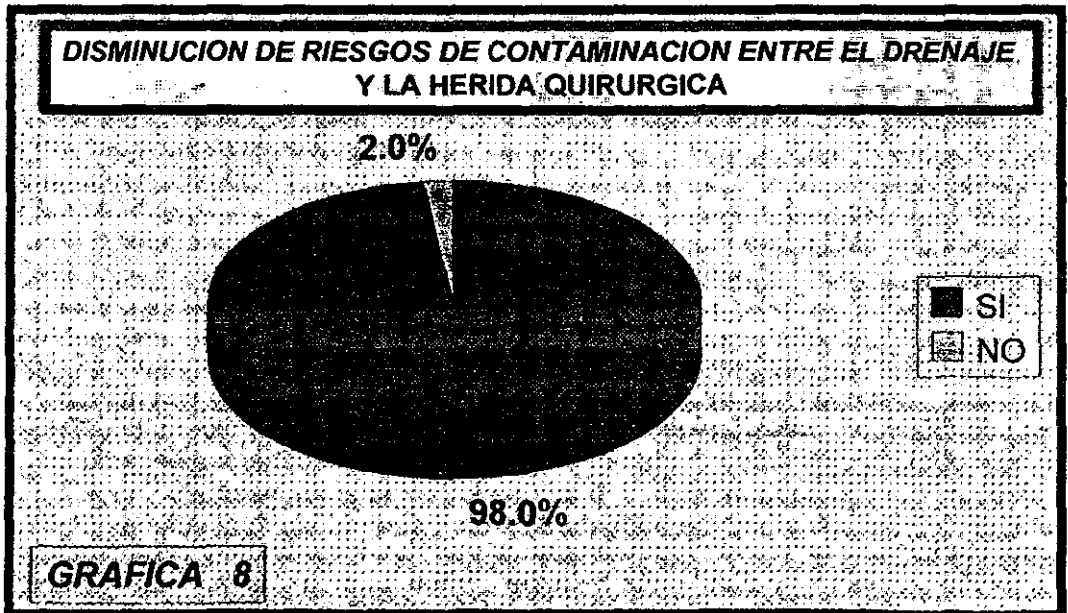


CUADRO 8

DISMINUCIÓN DE RIESGO DE CONTAMINACIÓN ENTRE EL DRENAJE Y LA HERIDA QUIRÚRGICA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	98	98%
NO	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

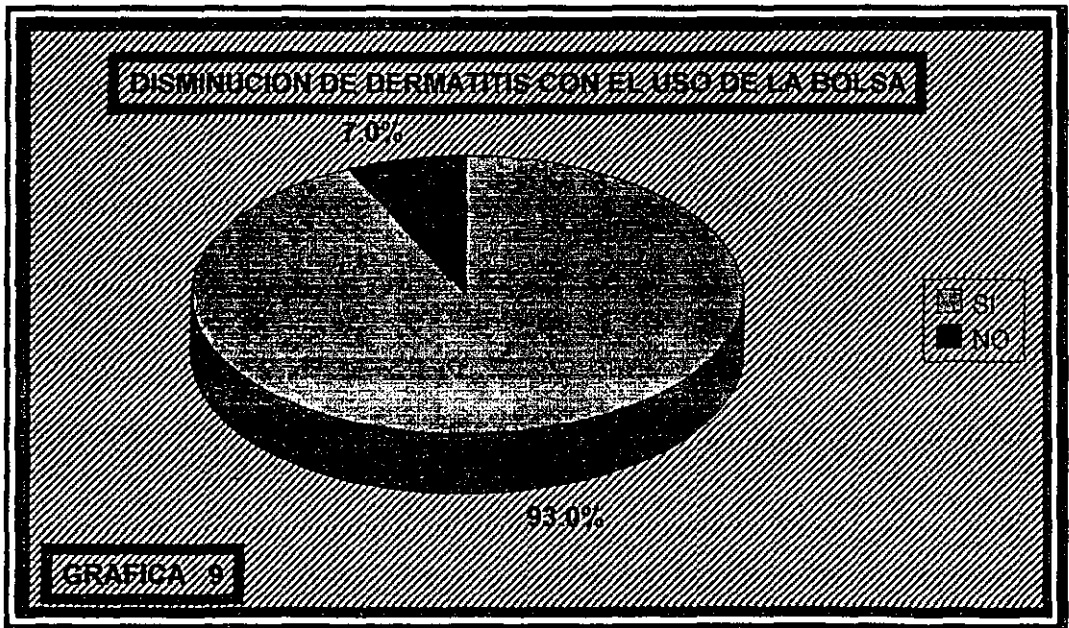


CUADRO 9

DISMINUCIÓN DE DERMATITIS, CON EL USO DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	93	93%
NO	7	7%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

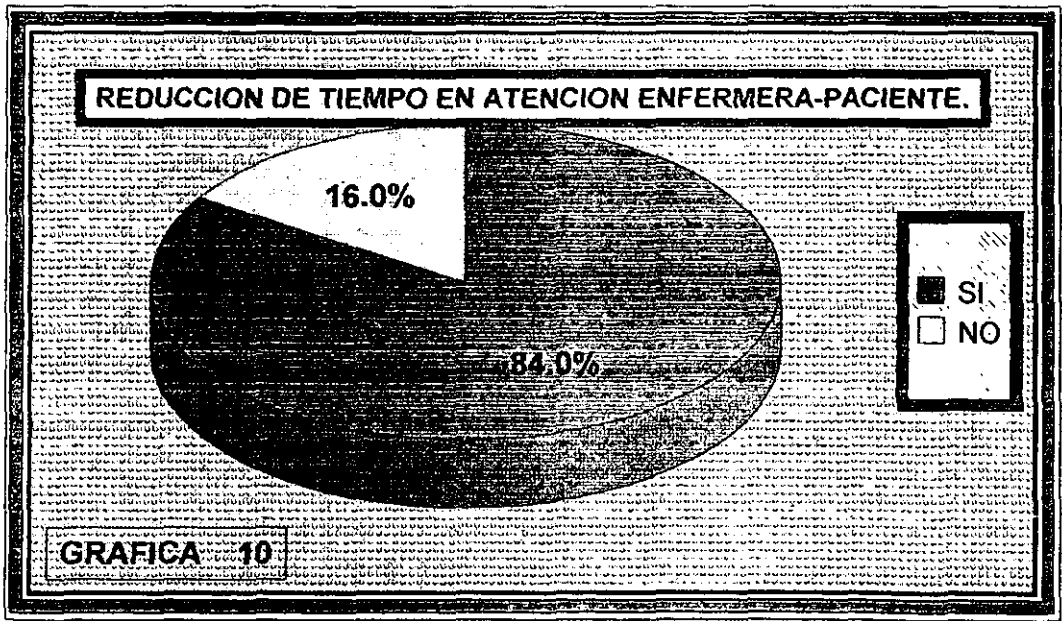


CUADRO 10

REDUCCIÓN DEL TIEMPO EN LA ATENCIÓN ENFERMERA-PACIENTE.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	84	84%
NO	16	16%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

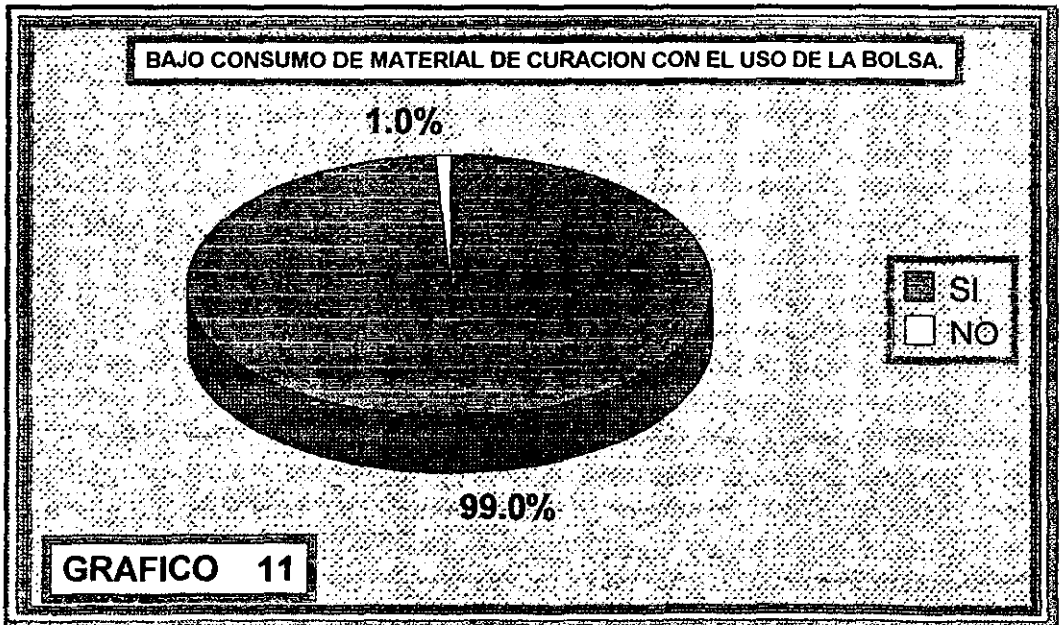


CUADRO 11

BAJO, CONSUMO DE MATERIAL DE CURACIÓN, CON EL USO DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	99	99%
NO	1	1%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

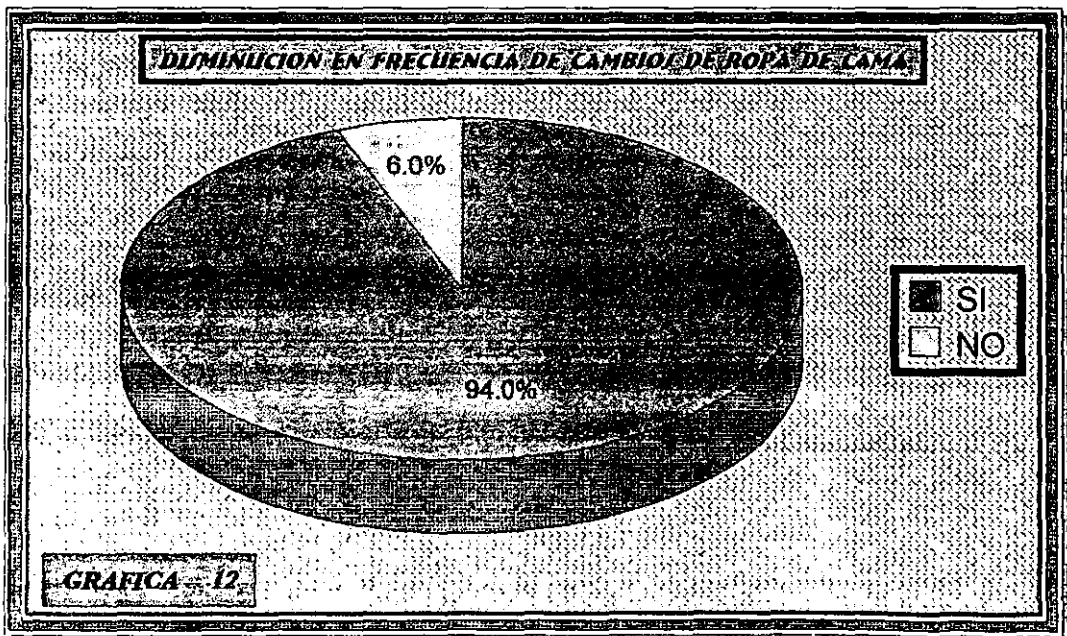


CUADRO 12

DISMINUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE CAMBIOS DE ROPA DE CAMA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	94	94%
NO	6	6%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

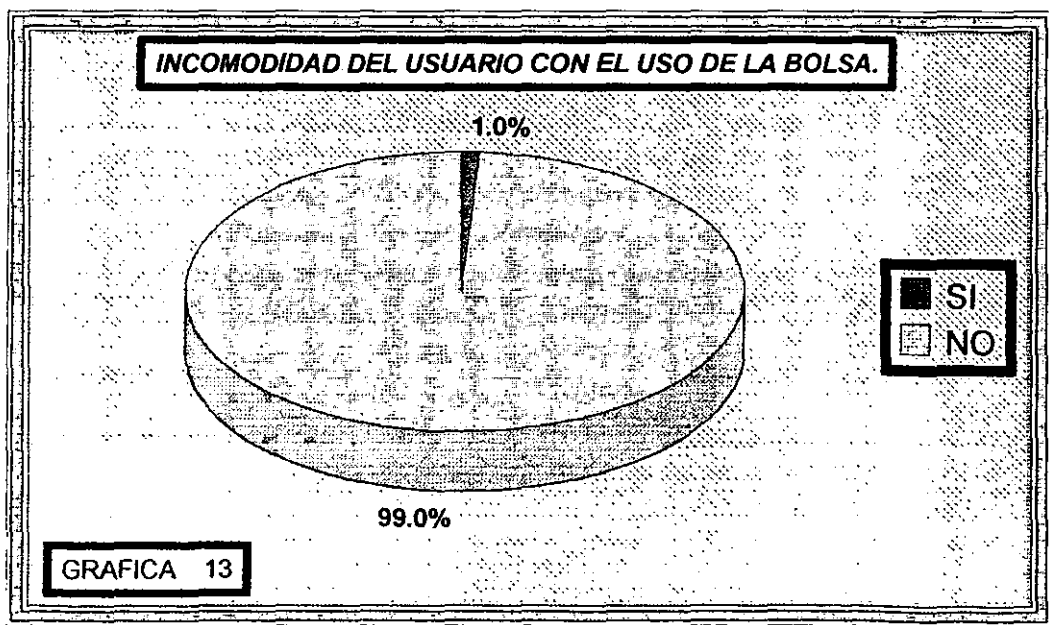


CUADRO 13

INCOMODIDAD DEL USUARIO, CON EL USO DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	1	1%
NO	99	99%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

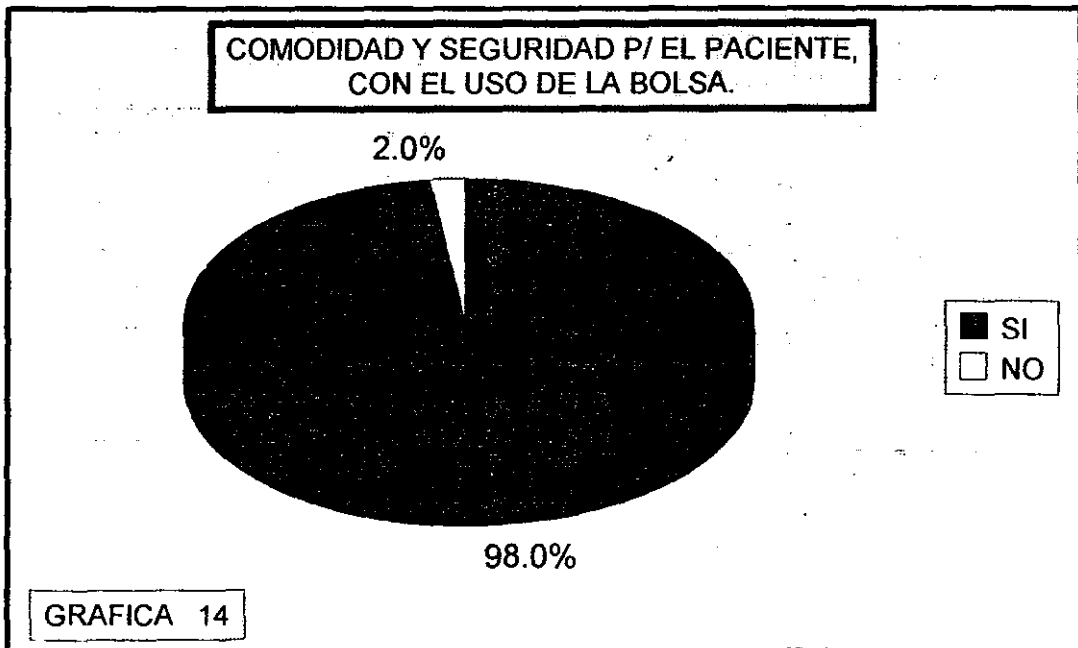


CUADRO 14

COMODIDAD Y SEGURIDAD, PARA EL PACIENTE CON EL USO DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	98	98%
NO	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de enfermería de las instituciones de salud.

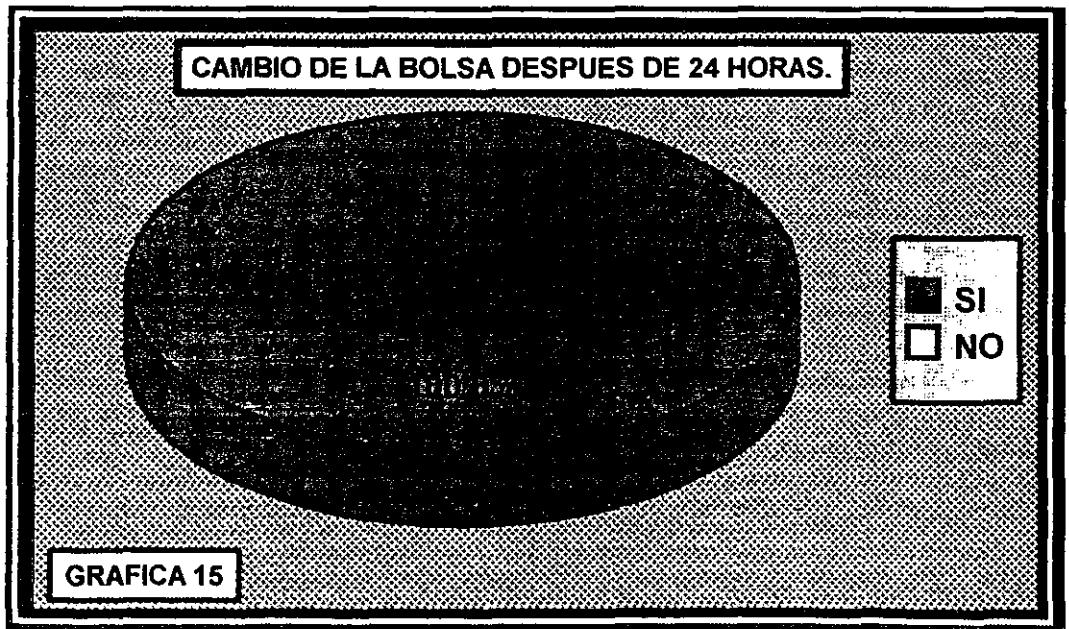


CUADRO 15

CAMBIO DE LA BOLSA, DESPUES DE 24 HORAS.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	100	100%
NO	0	0%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería de las instituciones de salud.

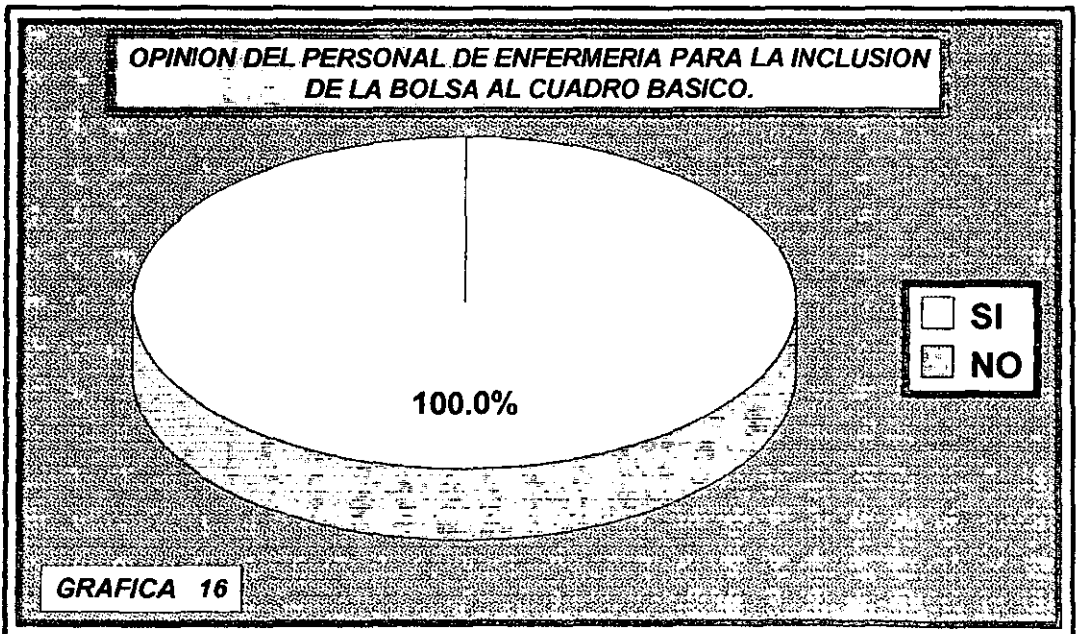


CUADRO 16

OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PARA LA INCLUSIÓN DE LA BOLSA AL CUADRO BÁSICO.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	100	100%
NO	0	0%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería, de las instituciones de salud.



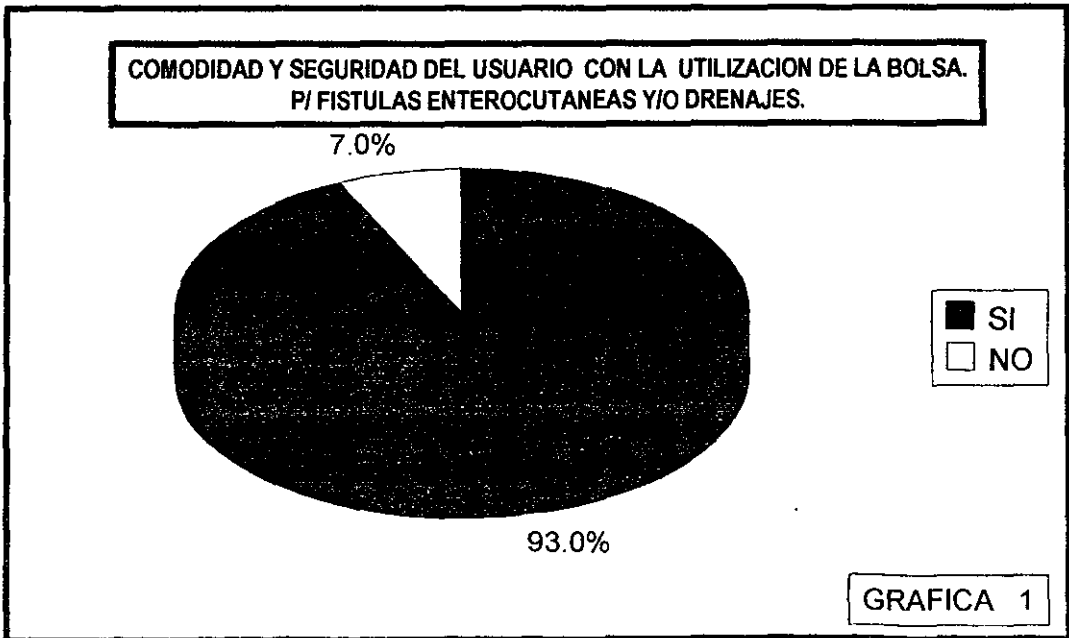
**RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS
REALIZADAS A LOS USUARIOS.**

CUADRO 1.

COMODIDAD Y SEGURIDAD DEL USUARIO, CON LA UTILIZACIÓN DE LA BOLSA PARA FÍSTULAS ENTEROCUTANEAS Y/O DRENAJES.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	93	93%
NO	7	7%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuesta realizada a usuarios, de las instituciones de salud.

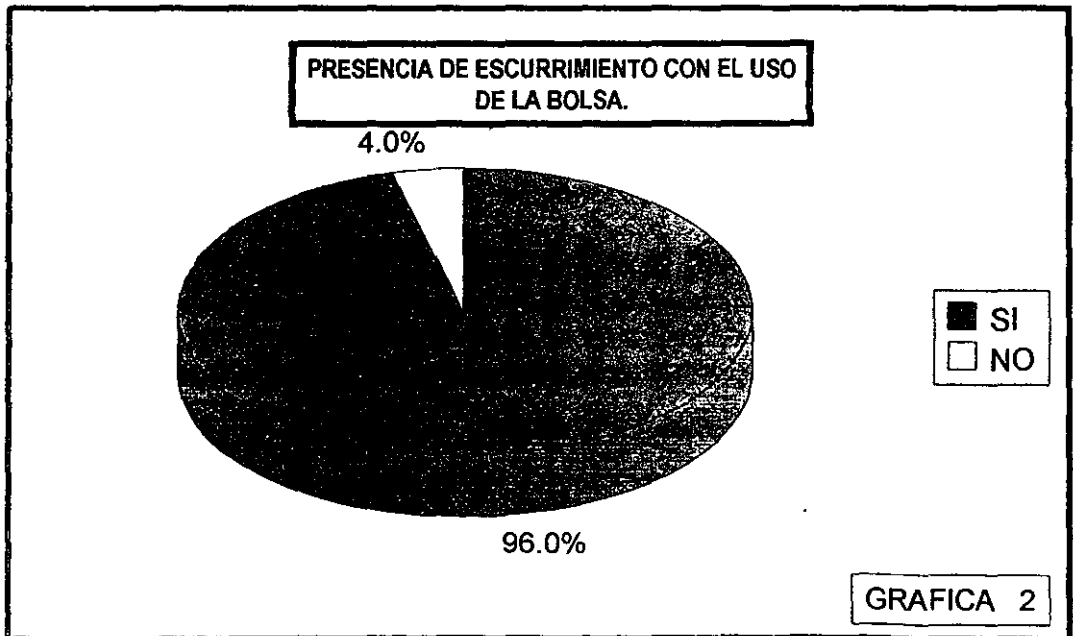


CUADRO 2

PRESENCIA DE ESCURRIMIENTO, CON EL USO DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	96	96%
NO	4	4%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a usuarios, de las instituciones de salud.

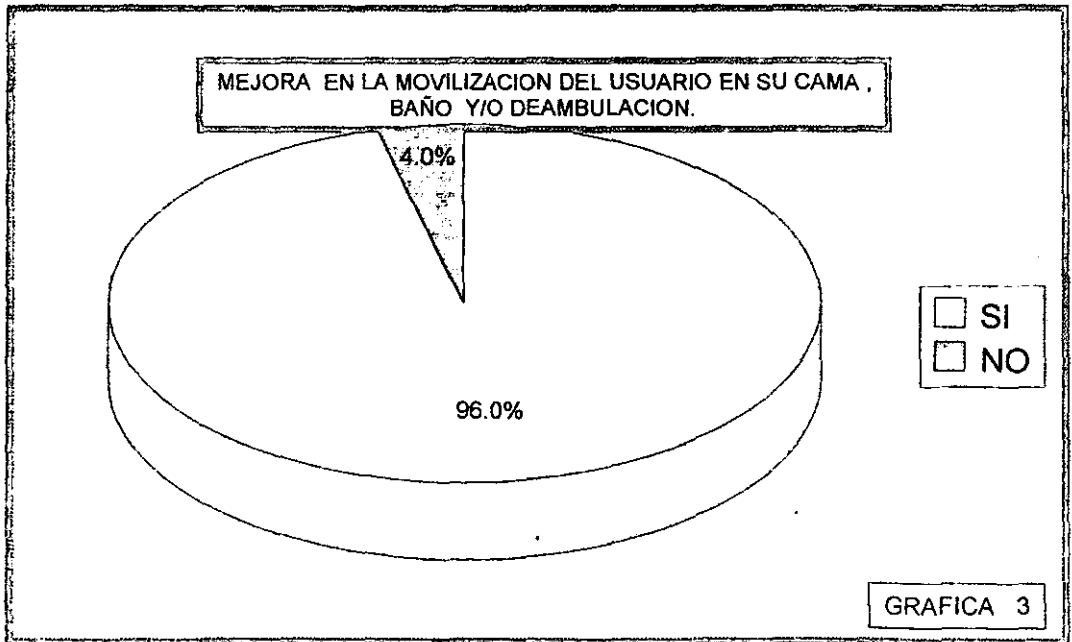


CUADRO 3.

MEJORA EN LA MOVILIZACIÓN DEL USUARIO; EN SU CAMA, DEAMBULACIÓN Y BAÑO DE REGADERA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	96	96%
NO	4	4%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a usuarios, de las instituciones de salud.

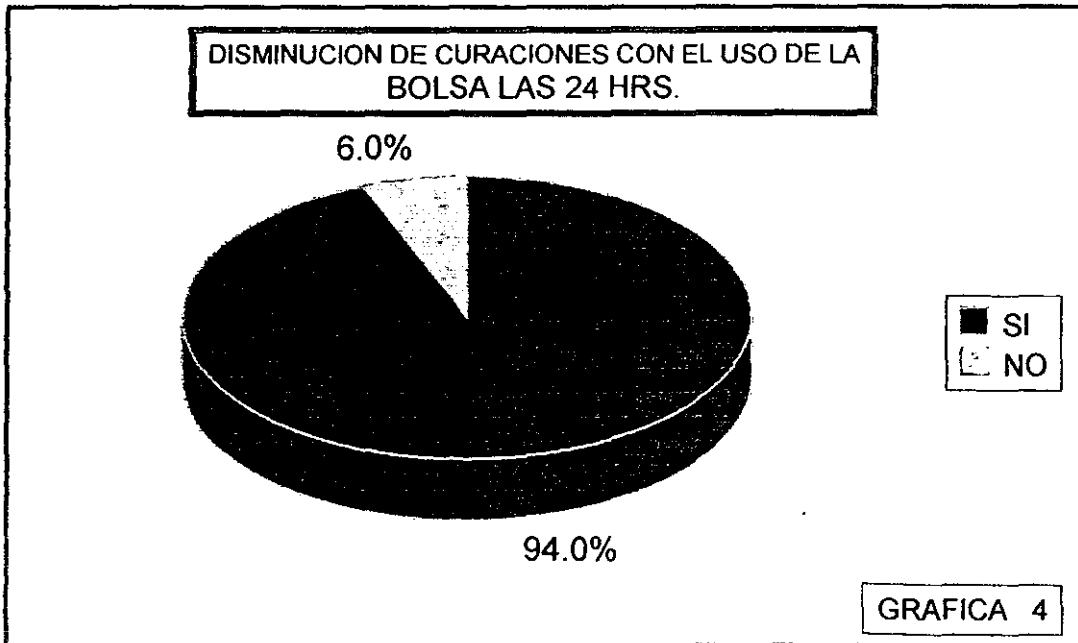


CUADRO 4

DISMINUCIÓN DE CURACIONES, CON EL USO DE LA BOLSA, DURANTE 24 HORAS.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	94	94%
NO	6	6%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a usuarios, de las instituciones de salud.

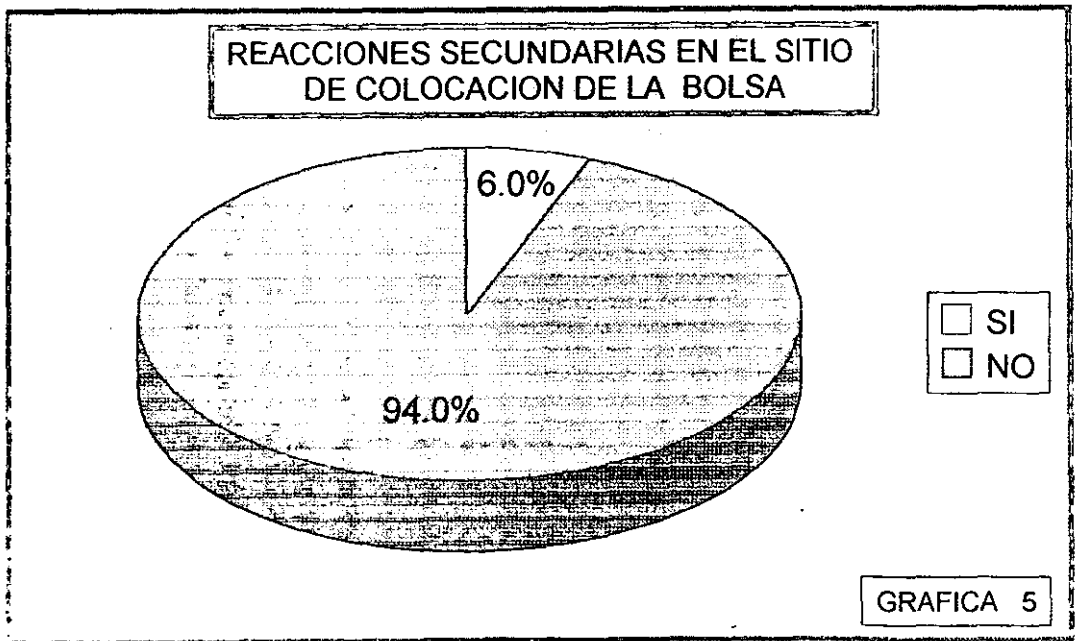


CUADRO 5

REACCIONES SECUNDARIAS, EN EL SITIO DE COLOCACIÓN DE LA BOLSA.

OPCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	6	6%
NO	94	94%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a usuarios, de las instituciones de salud.



7.1.1.- RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A USUARIOS.

CUADRO Y GRAFICA 1. - Comodidad y seguridad con el uso de la bolsa colectora para fistulas enterocutáneas y/o drenajes; el 94% de usuarios encuestados refieren comodidad y seguridad y el 6% comentaron que no.

CUADRO Y GRAFICA 2. - Usuarios que presentaron escurrimientos con el uso de la bolsa; el 97% no y un 3% sí.

CUADRO Y GRAFICA 3. - Movilización del usuario en cama, baño de regadera y deambulacion. Al 98% se le facilitó la movilización y a un 2% no.

CUADRO Y GRAFICA 4. - Disminución de las curaciones con el uso de la bolsa. El 95% opina que sí y el 5% que no.

CUADRO Y GRAFICA 5. - Reacciones secundarias en el sitio de colocación de la bolsa. El 95% no presentó ninguna reacción y el 5% sí.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD.

CUADRO Y GRAFICA 1. - Conocimiento de la bolsa para fístulas enterocutáneas y/o drenajes. El 98% la conoce y el 2% no.

CUADRO Y GRAFICA 2.- Habilidad y conocimiento en la colocación de la bolsa. El 90% conoce la técnica y el 10% no.

CUADRO Y GRAFICA 3. - Dificultad durante la colocación de la bolsa. El 89% no tuvo dificultades y el 11% sí.

CUADRO Y GRAFICA 4. - Drenaje de la bolsa al límite de 200 ml. El 73% si la drena y el 27% no.

CUADRO Y GRAFICA 5. - Utilidad de la escala volumétrica para cuantificación de fluidos. El 98% dijo que sí y el 2% no.

CUADRO Y GRAFICA 6. - Disminución de riesgo de infección entre usuario-enfermera. El 100% refiere que con la utilización de la bolsa se disminuyen los riesgos de contaminación.

CUADRO Y GRAFICA 7. - Evaluación del riesgo de infecciones cruzadas. El 96% opina que si se reduce el riesgo y el 4% no.

CUADRO Y GRAFICA 8. - Disminución de contaminación entre la herida quirúrgica y el drenaje. El 98% del personal considera que sí y el 2% no.

CUADRO Y GRAFICA 9. - Protección de la piel con el uso de la bolsa. El 93% ha observado que se evitan las dermatitis y el 7% no.

CUADRO Y GRAFICA 10. - Reducción en el tiempo de atención al paciente con el uso de la bolsa. El 96% dijo que sí y el 4% no.

CUADRO Y GRAFICA 11. - Reducción en el consumo de material de curación. El 99% considera que sí y el 1% que no.

CUADRO Y GRAFICA 12. - Disminución en la frecuencia de cambios de ropa de cama. El 94% refiere que sí y el 6% no.

CUADRO Y GRAFICA 13.- Comodidad y seguridad del usuario con la utilización de la bolsa. El 99% dijo que sí y el 1% no.

CUADRO Y GRAFICA 14.- Incomodidad del usuario con la utilización de la bolsa. El 100% manifestó que no tuvo incomodidad.

CUADRO Y GRAFICA 15.- Cambio de la bolsa después de 24 horas. El 100% lo realizó posterior a las 24 horas.

CUADRO Y GRAFICA 16. - Opinión del personal de enfermería para la inclusión de la bolsa al cuadro básico. El 100% opinó que sí.

7.2.1. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

USUARIOS:

- En cuanto a la comodidad y seguridad de los usuarios que dijeron que no fue cómoda la bolsa, hacen referencia que por que nunca habían tenido que usar un producto pegado al cuerpo y esta situación era incómoda.
- En lo referente a los pacientes que presentaron escurrimiento, refieren que la bolsa no fue colocada correctamente.
- Un 2% de los pacientes refirió que por temor a que la bolsa se moviera de su lugar o se desprendiera, no tuvo mucha movilidad.
- El 5% de los usuario entrevistados comentó que no disminuyeron las curaciones con el uso de la bolsa, por que tenían indicadas curación por turno.
- Un 5% presento prurito en el sitio de colocación de la bolsa, un caso es alérgico a todo tipo de adhesivos y los otros por que les da ansiedad tener pegada la bolsa .

PERSONAL DE ENFERMERÍA:

- Consideramos importante mencionar que en lo referente a la dificultad técnica durante la colocación de la bolsa el 11% del total de la muestra del personal de enfermería; tuvo complicaciones por no medir adecuadamente el orificio de la fístula o del drenaje.
- La bolsa no se drenó en un 27%, por que cuando pasaron la visita al paciente, el fluido ya había rebasado el límite de drenaje.
- En lo referente a riesgos de contaminación, en algunos casos mencionan que es la técnica de colocación la que disminuye los riesgos de infecciones cruzadas y contaminación entre el drenaje y la herida.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

- En lo que se refiere a las dermatitis, un 7% opinó que en algunos casos la piel de los pacientes es muy sensible y el tener una bolsa adherida al cuerpo les ocasiona alguna reacción como prurito o ligera dermatitis, que posteriormente desaparece.
- Las 16 enfermeras que contestaron que no se reduce el tiempo de atención hacia el usuario, refieren que de todas formas tienen exceso de trabajo y no mejora la atención a los usuarios.
- En lo referente a la frecuencia de cambio de ropa de cama un 6% del personal dijo que no se cambia por que no todos los pacientes tienen un gasto elevado de fluidos.

7.2.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

De acuerdo a los resultados encontrados en los cuestionarios aplicados a los usuarios y el personal de enfermería de las instituciones de salud, se comprueba la hipótesis que sí existen ventajas en la utilización de las bolsas colectoras por parte del personal de enfermería, al paciente con fistulas enterocutáneas y/o drenajes postquirúrgicos en el Centro de Atención Oncológica de Morelia, el Hospital General Dr. Miguel Silva y el IMSS de Morelia. Por lo tanto el estudio de costo-beneficio, es favorable para la inclusión al cuadro básico.

VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Para finalizar esta investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos de los cuestionarios y las entrevistas concluimos lo siguiente:

- 1.- Como ya se hizo notar, un 94% de los usuarios entrevistados opinó que la bolsa es cómoda y segura.
- 2.- El 97% no presentó escurrimiento con el uso de la bolsa.
- 3.- Un 98% de los usuarios pudo tener mejor movilidad, algunos deambularon y tuvieron baño de regadera.
- 4.- Con respecto al número de curaciones disminuyeron en un 95% y además no presentaron reacciones secundarias.
- 5.- En lo referente al personal de enfermería el 100% dijo que la bolsa es cómoda y segura.
- 6.- Por otro lado el 98% del personal conoce el producto y el 90% conoce la técnica de colocación adecuada, además de serles útil la escala volumétrica para el control de líquidos o fluidos al 98%.
- 7.- El 100% de las enfermeras opinan que sí reduce los riesgos de contaminación y protege la piel del usuario el 93% evitando las dermatitis.
- 8.- Un 96% que sí reduce el tiempo de atención enfermera-paciente, así como también baja la frecuencia del consumo de materiales de curación en un 99%.
- 9.- En lo referente a los cambios frecuentes de ropa de cama un 94% y el 100% dijo que se cambia la bolsa después de 24 horas como mínimo.

10.- Por otro lado la bolsa ofrece múltiples beneficios como:

La bolsa se cambia cada 24 horas, lo cual implica un ahorro de 36 gasas y 9 apósitos de consumo aproximadamente, para coleccionar las secreciones, así como se disminuye la frecuencia en el cambio de ropa de cama y del paciente, misma que se ensucia con las secreciones.

Otros beneficios para el paciente y personal médico, es que la bolsa es desechable, fácil de usar, económica y versátil.

11.- En lo referente a efectividad del producto, colocándola con la técnica adecuada, evita la irritaciones en la zona periestomal, esto implica un ahorro para tratar la piel dañada.

12.- El producto sirve para recibir, contener o drenar las secreciones en forma segura y confiable.

13.- Por último, las enfermeras sugieren en un 100% que la bolsa es muy útil y que es una necesidad par las instituciones de salud.

POR LO TANTO SUGERIMOS LA INCLUSIÓN DE LA BOLSA PARA FÍSTULAS ENTERUCUTÁNEAS Y/O DRENAJES, MARCA DEMEDIC AL CUADRO BÁSICO DEL SECTOR SALUD.

IX.- BIBLIOGRAFÍA.

- (1) PONCE, Miguel , " Anatomía y Fisiología ", Editorial, SUA, México 1998.
- (2) BURRELL, Zelb. " Cuidados Intensivos" Edición 3 Edición, Editorial Interamericana, México 1981.
- (3) KALFFF Anthony. " Anatomía y Fisiología", Edición 9, Editorial Interamericana, México 1980.
- (4) TORTORA Anagnostakos, " Principios de Anatomía y Fisiología ",Edición 10, Editorial, Harla México 1981.
- (5) TORRES Ramón, "Manual de Pediatría "Edición 2, Editorial Limusa, México 1989.
- (6) QUIROZ Fernando, " Anatomía Humana " Edición 1, Editorial Porrua, Tomo 1, México 1997.
- (7) TESTUT Alatajeta, " Compendio de Anatomía Descriptiva", Editorial Massan, México 1990.
- (8) KEITH More, " Anatomía con Orientación Clínica", Edición 3, Edición Panamericana, México 1997.
- (9) GUYTON Hall, " Trabajo de Fisiología", Edición 9, Editorial Interamericana, México 1997.
- (10) PRIVES Lisenkow, " Anatomía Humana ", tomo 1, México 1984.
- (11) STENN Ernest, " Diagnóstico Clínico en Cirugía", Edición 4, Editorial Interamericana, México 1998.
- (12) BRUNNER, L. "Enfermería Médico-quirúrgica ",Edición 8, Editorial Interamericana, México 1997.
- (13) GRENDALL James, " Diagnóstico y Tratamiento en Gastroenterología" Editorial Manual Moderno.México 1999.
- (14) CONDON Robert. " Manual de Terapéutica Quirúrgica", Edición 6, Editorial Salvat, México 1998.

- (15) RAINER W. " Ostromías", Edición Original, Editorial Doyma, Barcelona España 1996.
- (16) MARSHALL V. "Guía Ilustrada para Cirugía Práctica", Editorial Moderno, México 1994.
- (17) LONG Philipps. " Enfermería Médico-quirúrgica" Edición 2, Editorial Interamericana, México 1993.
- (18) "Diccionario de Terminología de Ciencias Médicas" , Editorial Salvat. México 1992.
- (19) NORMAS IMSS, " Bolsa para Ileostomía o Colostomía", México 1997.
- (20) " Desarrollo Científico de la Enfermera", Volumen 1, México 1993.
- (21) SALOMÓN Paúl. " Guía para redactar Informes de Investigación " , Edición 3, Editorial Trillas, México 1998.
- (22) KOHN Berry " Técnicas de Quirófano. Edición 8, Editorial Harcourt Brace, México 1998.
- (23) BRUNNER S. " Enfermería Medicoquirúrgica". Edición 8. Editorial Interamericana, México 1998.
- (24) WASTELL Ellis. " Manual Internacional de Enfermería Quirúrgica" Edición 1, Editorial Limusa, México 1993.
- (25) GUTIÉRREZ Adriana " La Mejor Forma de Vivir con una Ostromía " Edición 1.
- (26) Editorial, Desechables Médicos S.A C.V. México 1999.
- (27) KING Wieck, "Técnicas de Enfermería " Edición 2, Editorial Interamericana México 1998.
- (28) UNAM, ENEO, SUA, " Seminario de Tesis.
- (29) Me./a. Colostomías. Mm
- (30) Mm./a./cirugía14399-quirúrgico.mm
- (31) NANDA Enfermeros Diagnosticos, "Definiciones y Clasificación 1999_2000, Editorial Harcourt. USA. 1999.

- (32) LAZCANO Guadalupe, "Manual de Nuevos productos " Desechables Médico S.A.C.V. México 1999.
- (33) BAUER Walter y Cols. " Investigación de Nuevos Productos ", Bolsa para fistulas Enterocutaneas. Desechables Médicos. S.A.C.V. México 1999.
- (34) SUA. " Teorías y Modelos para la practica de enfermería" UNAM, Mexico 1999.
- (35) MOTA Miguel " Enfermería Psiquiátrica", Editorial Interamericana, México 1984.
- (36) GUZMÁN Marina " Psicología General " SUA, UNAM. México 1998.
- (37) PONCE S. " Prevención y Control de Infecciones hospitalarias", OPS/OMS, México 1996.
- (38) "Ley General de Salud". México: SSA 1994.
- (39) SMITH Jean, "Procedimientos para enfermeras", Edición 4, Editorial Panamericana, México 1997.
- (40) BARBAR Kozier, y cols. " Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y practicas ", Editorial Interamericana. México 1998.
- (41) PONCE Manuel, " Manual de Prevención y control de Infecciones hospitalarias" , OPS, OMS, México 1995.
- (42) HERNANDEZ Roberto y cols. " Metodología de la Investigación", Edición 2, Editorial Interamericana, México 2000.

X.- ANEXOS.

GLOSARIO.

ASEPSIA: (de a-sin o no y del gr. **Sépsis**, podredumbre). Ausencia de materia séptica; estado libre de infección, método de prevenir las infecciones por la destrucción o evitando los agentes infecciosos en especial por medios físicos.

AIDOSTERONA: Hormona corticoadrenal, es un mineral corticoide que provoca la retención de sodio y la pérdida de potasio a nivel del riñón.

CALICES: Cavidad en forma de cáliz, infundíbulo mayores o menores de la pelvis del riñón.

DENUDADA: Estado de una parte desprovista de sus envolturas naturales.

DÉBITO: Cantidad de fluidos que salen de una herida, drenaje o fístula externa.

DRENAJE: (del fr. Drainaje) Procedimiento técnico para dejar asegurada la salida de líquidos y de derrames de una herida, absceso o cavidad natural traumática o quirúrgica.

EPIPLON: Repliegue del peritoneo que une las vísceras entre si, contiene vasos y algunos conductos.

FILTRADO: Líquido que ha pasado a través de un filtro.

FÍSTULA: (Del latín fistula, flauta, tubo) Trayecto patológico, congénito o adquirido, que pone en comunicación anormal 2 órganos entre si.

FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA: Es un conducto que comunica la luz intestinal con la piel del abdomen.

FÍSTULA EXTERNA: Es la fístula que se establece entre una viscera hueca o conducto interno y la superficie exterior del cuerpo.

GLUCAGÓN: Factor hiperglucemiante glucogenolítico secretado por el páncreas como defensa de la hipoglicemia o por estímulo del lóbulo hipofisario anterior.

LUNULA: Espacio blanquecino semilunar en la raíz de las uñas.

MACERADA: Ablandamiento y descomposición de tejidos u órganos en el agua u otro líquido.

MELANINA: Pigmento negro o pardorrojizo normal de la coroides, cabello, capa de Malpighi, o patológico como tumores malignos.

MITOSIS: División indirecta de células germinativas y otras, consiste en la separación ordenada de cromosomas.

NEOPLASIA: Neoformación o nuevo crecimiento de tejido en el que la multiplicación de células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo, tiene a veces un carácter progresivo.

PH: Grado de acidez o alcalinidad.

QUERATINIZACIÓN: Conservación de un tejido córneo.

SECRECIÓN: (Del latín *secretio*, -onis) Función o proceso en virtud del cual un tejido u órgano separa ciertas sustancias de la sangre y las modifica o elabora con ellas un producto nuevo, que vierte fuera de sí o revuelve a la sangre.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTO; CON SEDE EN MORELIA MICH.

El presente cuestionario esta dirigido al personal de enfermería con el propósito de realizar un estudio de investigación para evaluar la utilización de las bolsas para fistulas enterocutáneas y/o drenajes, marca DEMEDIC, en lo que se refiere a costo-beneficio y costo- efectividad en el Centro de Atención Oncológico, Hospital General Dr. Miguel Silva y el IMSS de Morelia.

CUESTIONARIO.

1. - ¿ Conoce el producto, bolsa para fístulas enterocutáneas y/o drenajes?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

2.- ¿ Sabe la técnica adecuada para la colocación de la bolsa?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

3.- ¿ Ha tenido alguna complicación durante la colocación de este producto?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

4.-¿Drena la bolsa cuando se encuentra al nivel de 200 ml?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

5.-¿Le ha sido útil la escala de cualificación, para llevar el control de fluidos?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

6.-¿ Considera que con la utilización de este producto disminuye los riesgos de contaminación entre usted y el paciente?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

7.- ¿Considera que el producto reduce el riesgo de infecciones cruzadas?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

8.- ¿Considera que la bolsa protege la contaminación entre una fístula o un drenaje y la herida quirúrgica?

SÍ _____ NO _____ POR QUE _____

9.- ¿Ha observado que la bolsa evita las dermatitis; porque no permite que los fluidos estén en contacto con la piel?

Sí _____ NO _____ POR QUE _____

10.- ¿Ha reducido el tiempo de atención al paciente; con la utilización de la bolsa colectora?

Sí _____ NO _____ POR QUE _____

11.- ¿Con la utilización de la bolsa, considera que ahorra en material de curación como: gasas, solución, jabón, guantes, cubre-bocas, apósitos, vendas, cintas adhesivas, etc.?

Sí _____ NO _____ POR QUE _____

12.- ¿Ha observado, que con el uso de la bolsa disminuyen los cambios de ropa de cama?

Sí _____ NO _____ POR QUE _____

13.- ¿Ha notado que los pacientes, se sienten más cómodos y seguros con la utilización de la bolsa?

Sí _____ NO _____ POR QUE _____

14.-¿ El usuario le ha comentado, que el producto no le benefició. O algún otro comentario negativo?

Sí _____ NO _____ COMO CUAL _____

15.- ¿Considera necesario que se incluya este producto al cuadro básico, para su uso permanente dentro de la institución?

Sí _____ NO _____ POR QUE _____

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA.

16.- ¿ Realizó el cambio de la bolsa?

- a).- Antes de las 24 horas
- b).- Después de 24 horas.

Las alumnas del curso de licenciados en enfermería, agradecen su colaboración, para el desarrollo de este estudio.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTO, CON SEDE EN MORELIA MICH.

El presente cuestionario, está dirigido al usuario, con el propósito de realizar un estudio de investigación para evaluar los beneficios, con el uso de las bolsas colectoras para fistulas enterocutáneas y/o drenajes postquirúrgicos, marca DEMEDIC.

CUESTIONARIO.

1.- ¿ Con el uso de la bolsa se ha sentido cómodo y seguro?

SÍ _____ NO _____

2.-¿ Ha tenido escurrimientos a pesar del uso de la bolsa?

SÍ _____ NO _____

3.-¿ Con el uso de la bolsa; se le ha facilitado la movilización en su cama o le beneficio para realizar otras actividades como: baño de regadera, deambular etc.?

SÍ _____ NO _____

4.-¿ Han disminuido las curaciones?

SÍ _____ NO _____

5.-¿ Presenta algún síntoma como (prurito o ardor) en el sitio de colocación de la bolsa?

SÍ _____ NO _____

GRACIAS



DISTRIBUCION DE MATERIAL DE CURACION Y CENTRO DE ASESORIA PARA EL PACIENTE OSTOMIZADO

Morelia Mich., a 19 de julio de 2000.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
Hospital General de Zona No 1.
Dr. Francisco Monsebaes Salinas.
Director de Gestión.
PRESENTE.

AT'N Dr. Alfredo Villarreal Amaro.
Jefe de Enseñanza e Investigación.

Por medio de la presente solicito a usted el campo clínico del área de cirugía, de la institución a su cargo. Con la finalidad de realizar un estudio de investigación, éste tiene el objetivo de evaluar las ventajas de la utilización de las bolsas colectoras, en la atención de enfermería al paciente con fistulas enterocutáneas y/o drenajes postquirúrgicos en las diferentes instituciones de salud.

Este estudio ya se realizó en los hospitales que se mencionan en el protocolo anexo.

Es importante comentarle que este producto es similar en lo referente a materiales del que está fabricado (Bolsa para Ileostomía o Colostomía marca DEMEDIC, con clave 060. 125. 0582., de la empresa Desechables Médicos S.A. C.V.)

Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo de antemano la atención, a la presente y en espera de una respuesta favorable.

Atentamente

Enfra. Qca. Adriana Soledad Gutiérrez García.
GERENTE DE COLOSTOMICH
Asesor Técnico de la empresa

Hi. G. R. / M. E. No. 1
RECIBIDO
JUN. 23 2000
JEFATURA DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD
IMSS MORELIA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 1
Investigación, Reg. en Michoacán
HOSP. GRAL. REG. NO. 1
RECIBIDO
JUL 19 2000
DIRECCION HOSPITAL
MORELIA, MICH.

Ccp. LEO. Gloria Ramírez Reinoso.
JEFE DE ENFERMERAS.

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

ZARAGOZA, 15 de Mayo de 1977

QUE SEÑALA:

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
ZARAGOZA

DR. ENRIQUE GARCÍA DE LA FUENTE, DR. ENRIQUE VILLALBA
CATEDRA DE ENFERMERÍA

Por medio del presente se nombra al C. MONTEJANO CACHUMAYO, GUADALUPE ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, Realizado en esta unidad la investigación para la tesis de graduación: "EVALUACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE LAS BOLSAS COLECTORIAS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMEROS AL PACIENTE CON FISTEAS ENTEROCOLICAS Y ADECUACIÓN DEL DISEÑO".

Se extiende la presente para los fines de la interesada.

ATENTAMENTE,
"SECRETARÍA DE SALUD" INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



DR. ENRIQUE GARCÍA DE LA FUENTE
DIRECTOR GENERAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



SECRETARIA DE SALUD
MICH OACAN
BENITO JUAREZ No. 223
MORELIA, MICM.
C.P. 58000

DEPENDENCIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
DEPARTAMENTO	CIRUGIA GENERAL
NUMERO DE OFICIO	5009/107/2000
EXPEIDIENTE	

ASUNTO: EL QUE SE INDICA.

MORELIA, MICHOACÁN, A 8 DE MAYO DEL 2000.

ENFRA. QCA. ADRIANA GUTIERREZ GARCIA.
GERENTE DE COLOSTOMICI.
P R E S E N T E :

POR ESTE CONDUCTO, ESTAMOS HACIENDO UN - - - - -
R E C O N O C I M I E N T O

A LA EMPRESA DE DESECHABLES MEDICOS, REPRESENTADOS POR COLOSTOMICI.

LA OPINIÓN DE SUS PRODUCTOS ES: QUE NOS HAN DADO -
BUENOS RESULTADOS PARA NUESTROS PACIENTES, TANDO LAS BOLSAS DE - -
ILEOSTOMIA, COMO COLOSTOMIA, ASÍ COMO PARA LAS FISTULAS ENTEROCUTA-
NEAS.

DE TAL MANERA QUE AGRADECEMOS EL SERVICIO PRESTADO
POR ESTA EMPRESA.

A T E N T A M E N T E .


DR. GUILLERMO ROMERO LUCIO.
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE
LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO
DEL ANGULO SUPERIOR DERECHO.



SERVICIOS DE SALUD DE
MICHOCACAN

CENTRO ESTATAL DE
ATENCIÓN ONCOLÓGICA
GERTRUDIS BOCANEGRA #300
COL. CUAUHTEMOC
58020 MORELIA, MICH.

DEPENDENCIA	
DEPARTAMENTO	DIRECCION
NUMERO DE OFICIO	05/888/99
EXPEDIENTE	

ASUNTO:

SE HACE DEL CONOCIMIENTO

Morelia, Mich. a 22 junio del 2000

**ENF. QCA. ADRIANA GUTIERREZ GARCIA
GERENTE DE COLOSTOMICH
DESECHABLES MEDICOS
P R E S E N T E**

El que suscribe hace constar que la Empresa Desechables Médicos Colostomich, presta servicios a este Centro, desde agosto de 1998 con las Bolsas de Ileostomía, Colostomía y las Fístulas Enterocutaneas, teniendo buenos resultados con nuestros pacientes, por lo que agradecemos a la Empresa el apoyo y servicio brindado.

Sin otro particular.

ATENTAMENTE

**DR. MARIO TRIGUEROS VELAZQUEZ
DIRECTOR DEL CENTRO ESTATAL
DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA**