

17  
2es



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

**HEMORROIDES MIXTAS  
TROMBOSADAS**

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
  
U. N. A. M.

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION  
DE ENFERMERIA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA,**

**P R E S E N T A :  
ISIDRO CARRILLO JOAQUIN**

MEXICO, D. F.

1986.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
I. MARCO TEORICO.....	7
I	
1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Digestivo Inferior.....	7
1.2. Epidemiología de las Hemorroides.....	28
1.2.1 Anatomía Patológica.....	30
1.2.2 Fisiopatología.....	31
1.2.3 Sintomatología.....	32
1.2.4 Diagnóstico.....	35
1.2.5 Tratamiento.....	38
1.2.6 Complicaciones.....	42
1.3. Historia natural de las Hemorroides.....	49
II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.....	53
2.1. Datos de identificación.....	53
2.2. Nivel y Condiciones de vida.....	53
2.3. Diagnóstico de Enfermería.....	57
III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	64
3.1. Objetivos.....	65
CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

ANEXOS

GLOSARIO DE TERMINOS.

## I N T R O D U C C I O N

Las Hemorroides son dilataciones de los plexos venosos hemorroidarios superior o inferior. Aproximadamente el 9.5% de los adultos son portadores de hemorroides, pero sólo acuden al médico los que sufren síntomas de gran intensidad o que han cedido a la automedicación. Entre los que no solicitan consulta médica figuran las personas con hemorroides asintomáticas, los enfermos con molestias mínimas, los que sufren pudores mal entendidos, los que temen el tratamiento quirúrgico, etc. Es una enfermedad rara antes de los 20 años de edad y su frecuencia es similar en ambos sexos.

Entre las diversas teorías que se han emitido para explicar el problema, sólo la infección anal tiene fundamento etiopatogénico. De acuerdo a la experiencia adquirida durante la práctica, los médicos aceptan o desechan factores que predisponen a desarrollar este padecimiento por lo cual nosotros nos enfocamos a aquellos que con mayor frecuencia se presentan como son: herencia, obstrucción porta, posición de pie, falta de válvulas en las venas, esfuerzos en la defecación, ocupación, embarazo y parto.

### Infección Anal

Las materias fecales penetran a las criptas anales y producen una infección asintomática y sin consecuencia-

alguna durante un tiempo determinado. Circunstancias especiales, como la disminución de las defensas locales, provocada por el traumatismo de un bolo fecal endurecido, el aumento de entrada de la infección, algún otro padecimiento local que sostenga o aumente (fisura anal, fístula ano-rectal), o en fin, una enfermedad debilitante general hacen actuar la infección hasta entonces latente y producen una eripitis; el proceso se extiende a los conductillos y glándulas anales y llega a los plexos hemorroidarios, se establece una peri-flebitis y endo-flebitis, se adelgazan las paredes venosas y su resistencia a la fuerza de la corriente sanguínea disminuye, los vasos empiezan a dilatarse más de lo normal, su diámetro aumenta y se forman las hemorroides.

Existen hemorroides externas y hemorroides internas, generalmente son mixtas o combinadas y sólo en una minoría se les encuentra constituídas por un solo tipo. Las externas están cubiertas por piel y las internas por mucosa. El límite entre ellas es la línea ano-rectal y puede ser reconocida por una depresión que señala la división entre ambas porciones.

Los síntomas de las hemorroides habitualmente son modérados y remitentes, pero puede desarrollarse un cierto número de complicaciones y requerirse entonces tratamiento médico o quirúrgico activo. Estas complicaciones puede ser prurito, incontinencia, protrusión recurrente que re-

quiere reducción manual por el paciente, fisura, infección o ulceración, prolapso y estrangulación y anemia secundaria por pérdida crónica de sangre. Se ha informado que el carcinoma se desarrolla en muy raras ocasiones en hemorroides. El diagnóstico se realiza por medio de el sangrado rectal, prolapso y malestar vago, secreción mucóide por el recto, inspección anal externa y examen anoscópico. El tratamiento conservador basta en la mayoría de los casos de hemorroides discretas, las cuales mejoran espontáneamente o en respuesta a una dieta de poco residuo y regulación del hábito intestinal con aceite mineral y otro laxante no irritante para producir heces fecales suaves. El dolor local y la infección se tratan con baños de asiento tibios y la aplicación de un supositorio calmante 2 ó 3 veces al día, debe evitarse benzocaína y ungüentos similares con objeto de no sensibilizar al paciente a estos agentes. Las hemorroides prolapsadas o estranguladas pueden tratarse mediante reducción suave con el dedo enguantado bien lubricado aplicando una faja o venda para juntar las nalgas y haciendo que el paciente mantenga la posición de pronación durante varios días; o bien mediante resección quirúrgica. Cuando los síntomas son intensos o hay complicaciones, es aconsejable practicar hemorroidectomía interna y externa completa y además un procedimiento muy efectivo cuando se hace correctamente. La terapéutica esclerosamente mediante inyección es eficaz, pero hay una tasa de recurrencia de más de 50%.

Es un hecho bien conocido que el enfermo sujeto a este tipo de cirugía sufre intensamente en los días aún semanas siguientes a su operación. Tan desagradable realidad, sin embargo es susceptible de ser sensiblemente mejorada si se presta al enfermo la esmerada atención que requiere durante los períodos pre, trans y post-operatorio. Agregados a los comunes a toda cirugía, como estudio clínico general, análisis rutinarios de laboratorio, son indispensables, la práctica de una exploración proctológica completa, la atención de la función intestinal y la psicoterapia.

Uno de los aspectos que más debe de cuidar el cirujano que va a operar un padecimiento ano-rectal es el sistema nervioso del enfermo. Esta cirugía tan temida por las molestias post-operatorias que suele producir, hace del enfermo una persona pusilánime, fácilmente excitable, víctima de intensos espasmos esfinterianos, con temor a la evacuación, tendencia a la autoprescripción de laxantes, etc., que terminan por provocar constipación o diarrea y dolor intenso. Tales trastornos son responsables de grandes molestias en el período post-operatorios.

Estas circunstancias exigen el mayor esfuerzo para despertar confianza y tranquilidad en el enfermo, tanta como sea necesaria para hacerle olvidar o al menos reducir su temor ante la posibilidad de intensos sufrimientos post-operatorios y para convencerlo de la importancia que



tiene que seguir al pie de la letra las instrucciones que se le dan.

En el post-operatorio inmediato los aspectos que requieren mayor atención son el dolor, la reanudación de la función intestinal y alimentación, la estabilidad del sistema nervioso del enfermo y el cuidado y evolución de las heridas quirúrgicas. Los antibióticos y quimioterápicos son innecesarios, porque los microorganismos intestinales susceptibles de infectar las heridas son insensibles a estos medicamentos a ello debe añadirse que la región posee excelentes defensas contra esta posible complicación, cuya verdadera profilaxis es una buena cirugía.

Las complicaciones de la cirugía ano-rectal se presentan si ha habido fallas en el cumplimiento de alguno de los requisitos pre, trans o post-operatoria. Las más frecuentes son dolor excesivo, infección, hemorragia, estenosis, impacto fecal, incontinencia esfinteriana, fisura anal y fístula subcutánea.

CAMPO DE INVESTIGACION: El estudio clínico en proceso de atención de enfermería será aplicado a una paciente con hemorroides mixtas trombosadas, en el Centro Hospitalario Tecamachalco del I.S.S.S.T.E., en el área de hospitalización de proctología, ubicado en la planta baja del Hospital.

## I. MARCO TEORICO

7

### I.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Digestivo inferior.

La mayor parte de la digestión y la absorción ocurren en el interior de un tubo largo denominado intestino delgado empieza en el píloro del estómago, da vuelta en la parte central e inferior de la cavidad abdominal y desemboca en el intestino grueso. En el humano vivo tiene alrededor de 2,5 centímetros de diámetro y 3 metros de longitud. 1/

#### Anatomía

El intestino delgado está dividido en tres segmentos: duodeno, yeyuno e ileon. El duodeno la parte más ancha del intestino delgado, se origina en el píloro y después de un recorrido de 25 centímetros se continúa con el yeyuno. El yeyuno tiene alrededor de un metro de longitud y se extiende hasta el ileon. La porción final de el intestino delgado, el ileon, mide alrededor de 2 metros y se une al intestino grueso en la válvula ileocecal. 2/

Las paredes del intestino están constituidas por las mismas capas que forman el canal alimentario. Sin embargo tanto la túnica mucosa como la tela submucosa se modifican para permitir al intestino delgado completar los pro-

---

1/ Peerman Nesselrod. Proctología clínica. pp. 68-70

2/ Avendaño Espinoza Octavio. Proctología. pp. 24-27

cesos de digestión y absorción. La mucosa contiene muchas fosetas revestidas por epitelio glandular. Estas fosetas son la desembocadura de las glándulas intestinales, que secretan las enzimas digestivas intestinales. La tela submucosa contiene las glándulas duodenales (de Brunner), que secretan moco para proteger las paredes del intestino delgado, contra la acción de la pepsina. El jugo entérico es el nombre para la mezcla de todas las secreciones intestinales.

Debido a que casi toda la absorción de los nutrientes se presenta en el intestino delgado, sus paredes necesitan estar debidamente equipadas para poder realizar esta función. El epitelio que cubre y reviste la túnica mucosa consta de un epitelio columnar simple. Algunas de las células epiteliales se han transformado en células calciformes que producen moco adicional. El resto tiene microvellosidades, proyecciones en forma de dedo de la membrana plasmática. Los nutrientes digeridos se difunden más rápidamente en la pared intestinal porque las microvellosidades aumentan el área de superficie de las membranas plasmáticas. 3/

La túnica mucosa tiene series de proyecciones altas denominadas vellosidades, que dan a la mucosa intestinal una apariencia aterciopelada. El enorme número de vellosidades 4 a 5 millones, aumenta inmensamente el área de superficie del epitelio disponible para las células espe-

cializadas en la absorción. Cada vellosidad posee lámina propia, que es tejido conjuntivo de la mucosa. En el interior de este tejido conjuntivo están una arteria, una vena, un capilar y un quilífero (vaso linfático). Los nutrientes que se difunden a través del epitelio adyacente son capaces de atravesar las paredes del capilar y del quilífero y penetrar a la sangre.

Un tercer grupo de prolongaciones denominadas pliegues circulares aumentan aún más el área de superficie para la absorción. Estos pliegues son profundos en la túnica mucosa y en la tela submucosa. Algunos de los pliegues se extienden en todo el contorno de la circunferencia intestinal y otros se extienden solo en parte.

La capa muscular del intestino delgado consta de dos capas de músculo liso. La exterior más delgada tiene fibras dispuestas longitudinalmente y la interior más gruesa, -- tiene serosa o peritoneo visceral cubre completamente el intestino delgado.

Existe abundancia de tejido linfático en las paredes del intestino delgado. Los folículos linfáticos simples, denominados folículos linfáticos solitarios, son más numerosos en la parte inferior del íleon. Los folículos linfáticos agregados, fueron denominados placas de Peyer, son también más numerosos en el íleon. 4/

4/ Catherine Parker A. Anatomía y Fisiología. pp. 364-367

## Digestión Química

La digestión de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos en el intestino delgado requieren la acción combinada de la secreción del páncreas, el hígado y las glándulas intestinales.

**Secreciones:** Cada día el hígado secreta alrededor de 800 a 1,000 mililitros de un líquido amarillo café o verde oliva denominado bilis. La bilis contiene agua, sales biliares, ácido biliar, lípidos y dos pigmentos denominados biliverdina y bilirrubina. La bilis es parcialmente un producto de excreción y parcialmente una secreción digestiva. Cuando los glóbulos rojos son destruidos el hierro, la globina y la bilirrubina son liberados. El hierro y la globina vuelven a su ciclo, pero la bilirrubina es excretada a los conductos biliares. La bilirrubina es descompuesta en los intestinos y sus productos de descomposición dan a las heces su color. Si el hígado es incapaz de remover la bilirrubina de la sangre o si los conductos biliares están obstruidos, grandes cantidades de bilirrubina circulan a través del torrente sanguíneo y se depositan en otros tejidos dando a la piel y a los ojos un color amarillo denominado ictericia. Otras sustancias encontradas en la bilis colaboran en la digestión de las grasas y se requieren para su absorción.

Cada día el páncreas produce 1,200 a 1,500 milili -

tros de un líquido claro, incoloro denominado jugo pancreático consta principalmente de agua, algunas sales, bicarbonato de sodio y enzimas. El bicarbonato de sodio da al jugo pancreático una ligera alcalinidad, pH 7.1 a 8,2 que detiene la acción de la pepsina y crea el medio adecuado para la acción de la enzima en el intestino delgado. Las enzimas del jugo pancreático incluyen la enzima que digiere los carbohidratos, algunas enzimas que digieren las proteínas y la única enzima que digiere las grasas en el cuerpo adulto.

El jugo intestinal o jugo entérico es un líquido -- claro amarillo, secretado en cantidades de 2 a 3 litros -- al día. Tiene un pH de 7,6 ligeramente alcalino y contiene agua, moco y enzimas que completan la digestión de los carbohidratos y las proteínas.

Control de la Secreción: El intestino delgado inicia su propia preparación para la digestión tan pronto como los alimentos entran a la boca. Cuando los cálculos-gustatorios son estimulados, envían impulsos al cerebro. Una de las formas de respuesta del cerebro es el envío de impulsos por el vago que estimulan la secreción de jugo pancreático. Las enzimas pancreáticas entran al intestino delgado uno o dos minutos después de la ingestión de los alimentos.

Cuando el quimo pasa del estómago al duodeno, las -

substancias químicas en el quimo estimulan las células endocrinas de la mucosa duodenal para secretar algunas hormonas. La mayoría de estas estimulan las contracciones gástricas. El control hormonal de la digestión (Hormonas: Gastrina, secretina, Enterocrinina, colecistoquinina y enterogastrona) Estimulan la secreción de jugo pancreático-enterico, e inhiben la secreción de jugo gástrico y motilidad gástrica disminuyen.

El proceso digestivo: Cuando el quimo llega al intestino delgado, los carbohidratos y las proteínas han sido sólo parcialmente digeridas y no están listas para la absorción. La digestión de los lípidos no se ha iniciado. La digestión en el intestino delgado continua de la manera siguiente. 5/

#### Digestión Mecánica.

En el intestino delgado se presentan tres tipos diferentes de movimientos como resultado de las contracciones de las fibras musculares longitudinales y circulares. Estos movimientos son segmentación rítmica, movimientos pendulares y peristaltismo. La segmentación rítmica y los movimientos pendulares son contracciones estrictamente localizadas que se presentan en áreas que contienen alimentos. Los dos movimientos actúan para mezclar el quimo.

---

5/ Tortora Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología  
pp. 517-524.



mo con los jugos digestivos y llevar cada partícula de alimento en contacto con la mucosa para la absorción. Estos movimientos no impulsan el contenido intestinal a lo largo del tracto. La segmentación rítmica y los movimientos pendulares son contracciones estrictamente localizadas que presentan en áreas que contienen alimentos. Los dos movimientos actúan para mezclar el quimo con los jugos digestivos y llevar cada partícula de alimento en contacto con la mucosa para la absorción. Estos movimientos no impulsan el contenido intestinal a lo largo del tracto. La segmentación rítmica se anuncia con las contracciones de algunas fibras del músculo circular en una porción del intestino, acción que segmenta el intestino. Luego las fibras musculares que rodean la parte media de cada segmento también se contraen dividiéndola en dos segmentos menores. Finalmente, las fibras que se contrajeron primero se relajan y cada pequeño segmento se une con el adyacente y se forman nuevamente segmentos mayores. Esta secuencia de hechos se repite a una velocidad de 12 a 16 veces por minuto revolviendo el quimo hacia adelante y hacia atrás en forma sucesiva. Los movimientos pendulares consisten en contracciones y relajaciones alternativas de los músculos longitudinales. Las contracciones hacen que una porción del intestino se acorte y se alargue, acción que también revuelve el quimo hacia adelante y hacia atrás.

La tercera clase de movimiento es el peristaltismo, que impulsa el quimo hacia adelante a través del tracto -

intestinal. El movimiento peristáltico del intestino es similar al del esófago. En el intestino las ondas peristálticas pueden ser tan lentas que solo alcanzan a 5 centímetros por minuto o tan rápidas que llegan a 50 centímetros por segundo. 6/

### Absorción

Todas las fases de la digestión química y mecánica que se presentan desde la boca hasta el intestino delgado están dirigidas hacia la producción de un cambio en los alimentos hacia formas que puedan difundirse a través de las células epiteliales que revisten la mucosa y hacia los vasos sanguíneos y linfáticos subyacentes. Las formas difusibles son los monosacáridos (glucosa, fructuosa y galactosa), los ácidos aminados, los ácidos grasos y el glicerol. El paso de los nutrientes digeridos del canal alimentario a la sangre o la linfa se denomina absorción.

Alrededor del 90 por ciento de toda la absorción tiene lugar a lo largo del intestino delgado; el otro 10 por ciento se presenta en el estómago y en el intestino grueso. La absorción de materiales en el intestino delgado ocurre específicamente a través de las vellosidades y depende de procesos de difusión, ósmosis y transporte activo. Los monosacáridos y los aminoácidos son absorbidos por los capilares sanguíneos de las vellosidades y son transportados por la circulación sanguínea al hígado por-

6/ Ibidem. pp. 499-504

medio del sistema porta. Los ácidos grasos y glicerol no entran inmediatamente al torrente circulatorio. El glicerol es una substancia hidrosoluble que pasa fácilmente hacia los quilíferos y deben combinarse con las sales biliares antes que se hagan solubles y pasen a los quilíferos. Una vez en el interior de los quilíferos, los ácidos grasos se separan de las sales biliares y se recombinan con la glicerina o glicerol para formar grasas. La grasa es transportada en pequeñas gotas denominadas quilomicrones al conducto torácico y de ahí a la vena subclavia es decir a la circulación sistemática. Finalmente llegan al hígado a través de la arteria hepática. La mayoría de los productos de la digestión de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos es procesada por el hígado antes de que sean llevados a otras partes del cuerpo. También se absorben en el intestino delgado grandes cantidades de agua, electrolitos, sales minerales y algunas vitaminas. La principal actividad química del intestino delgado es digerir todos los alimentos, en formas útiles para las células corporales. Cualquier material no digerido en este momento es procesado en el intestino grueso. 7/

### Intestino Grueso

Las funciones del intestino grueso son completar la absorción, manufacturar algunas vitaminas, formar las he-

---

7/ Weston D. Gardner. Anatomía Humana. pp. 119-122.

ces y expulsarlas del cuerpo.

## Anatomía

El intestino grueso tiene alrededor de 1,5 metros de longitud y un promedio de 6,5 centímetros de diámetro. Se extiende desde el íleon hasta el ano y está unido a la pared abdominal posterior por su mesenterio. Estructuralmente el intestino grueso está dividido en cuatro regiones principales el ciego, el colón, el recto y el canal anal. Vamos a examinar las partes del intestino grueso en el orden en que los alimentos pasan a través de ellas.

La abertura del íleon en el intestino grueso está resguardada por un pliegue de membrana mucosa denominado valva ileocecal. Esta estructura permite el paso de materiales del intestino delgado al intestino grueso pero impide su desplazamiento en la dirección opuesta. Debajo de la valva ileocecal se encuentra el ciego, bolsa cerrada de alrededor de 6 centímetros de longitud. Unido al ciego se encuentra un tubo enrollado y tortuoso, denominado el apéndice vermiforme. La inflamación del apéndice se llama apendicitis.

El extremo abierto del ciego se continúa con un tubo largo denominado el colon. Con base en su localización el colón se divide en porciones ascendentes, transversa, descendente y sigmoidea. El colón ascendente sube por el la-

do derecho del abdomen, llega a la superficie inferior del hígado y dá vueltas abruptamente a la izquierda. El colon continúa a través del abdomen hasta el lado izquierdo como colon transverso. Se curva debajo del extremo inferior del bazo al lado izquierdo y se dirige hacia abajo hasta el nivel de la cresta iliaca como colon descendente. El Colon sigmoideo es la región en forma de S que empieza en la cresta iliaca, se proyecta hacia adentro en dirección a la línea media y termina en el recto al nivel de la tercera vértebra sacra.

El recto, de 20 centímetros de longitud, está por delante del sacro y del coccis. Los dos o tres últimos centímetros del recto se conocen como el canal anal. Interiormente la membrana mucosa del canal anal está dispuesta en pliegues longitudinales denominados columnas anales que contienen una red de arterias y venas. La inflamación y dilatación de las venas anales se conoce como hemorroides. La abertura del canal anal al exterior de músculo liso y un esfínter exterior de músculo esquelético. Normalmente el ano está cerrado excepto durante la eliminación de los desechos de la digestión.

La pared del intestino grueso difiere de la del intestino delgado en varios aspectos. No se encuentran vellosidades o pliegues circulares en la mucosa, la cual tiene epitelio columnar simple con numerosas células calciformes. Estas células secretan moco que lubrica el contenido del colon a medida que pasa por él. También se en

·cuentran folículos linfáticos en la mucosa. La submucosa del intestino grueso es similar a la que se encuentra en el recto del canal alimentario. La muscular consta de una capa exterior de músculo longitudinal y una capa interior de músculo circular. A diferencia de otras partes del tracto digestivo, sin embargo, las fibras musculares longitudinales no forman una hoja continua en torno a la pared, sino que se disponen en tres bandas continuas en torno a la pared, sino que se disponen en tres bandas planas denominadas tenias del colon. Cada banda corre a todo lo largo del intestino grueso. Las contracciones tónicas de las bandas fragmentan el colon en una serie de bolsas denominadas segmentos que dan al colon su apariencia plegada. La serosa del intestino grueso es parte del peritoneo visceral. 8/

#### Actividad del intestino grueso

Las principales actividades del intestino grueso se relacionan con movimientos mecánicos, absorción y formación y eliminación de las heces.

MOVIMIENTOS. Los movimientos del colon se inician cuando las sustancias entran a través de la vulva ilocecal. Como el quimo se mueve a través del intestino delgado a una velocidad relativamente constante, el tiempo requerido para el paso de los alimentos al colon está de-

terminado por el tiempo de evacuación gástrica. A medida que los alimentos pasan a través de la valva iliocecal, llenan el ciego y se acumulan en el colon ascendente.

Un movimiento característico del intestino grueso es la contracción segmentaria. En este proceso el segmento permanece relajado y distendido mientras se llena. Cuando la distensión alcanza cierto grado, las paredes se contraen y exprimen el contenido hacia el segmento siguiente. También se presentan movimientos peristálticos aunque a una velocidad más lenta que en otras partes del tracto (3 a 12 contracciones por minuto). Un tipo final de movimiento es el peristáltismo en masa, fuerte onda peristáltica que impulsa el contenido del colon sigmoideo y hacia el recto, si el colon sigmoideo está lleno. Los alimentos en el estómago inician esta acción reflejada en el colon. Por lo tanto, el peristaltismo en masa tiene lugar por lo general 3 o 4 veces al día, durante o inmediatamente después de que se ingiere una comida. 9/

Absorción y formación de las heces: En el momento en que el contenido intestinal llega al intestino grueso tanto la digestión como la absorción están casi completas.

Cuando el quimo ha permanecido en el intestino grueso de 3 a 10 horas, se vuelve sólido o semisólido como re

sultado de la absorción y se conoce como heces. Químicamente las heces constan de agua, sales inorgánicas, moco, células epiteliales de la mucosa del canal alimentario, bacterias, productos de descomposición bacteriana y partes indigeridas de los alimentos no atacadas por las bacterias.

Las glándulas del intestino grueso secretan moco, pero no producen enzimas. El moco sirve como lubricante que contribuye al movimiento de los materiales en el colon y actúa como una cubierta protectora de la mucosa.

El quimó es preparado para su eliminación en el intestino grueso mediante la acción de las bacterias. Estas bacterias fermentan cualquier carbohidrato sobrante y liberan hidrógeno, bióxido de carbono y gas metano. También convierten las proteínas residuales en aminoácidos y descomponen los aminoácidos en sustancias más simples como el indol, el escatol, sulfuro de hidrógeno y ácidos grasos. Parte del indol y el escatol salen en las heces y contribuyen a su olor, el resto se absorbe. también la bilirrubina, producto de descomposición de los glóbulos rojos que es excretado por la bilis, en pigmentos más simples que dan a las heces su color. Las bacterias intestinales también contribuyen en la síntesis de algunas vitaminas necesarias en el metabolismo normal, incluyendo algunas vitaminas del grupo B (riboflavina, ácido nicotínico, biotina y ácido fólico) y vitamina K.



A pesar de que la mayor parte de la absorción de agua ocurre en el intestino delgado, el intestino grueso absorbe una cantidad suficiente como para convertirse en un órgano importante para el balance hídrico del cuerpo. La absorción intestinal de agua es mayor en el ciego y en el colon ascendente. El intestino grueso también absorbe sales inorgánicas, más algunos productos de la acción bacteriana, incluidas las vitaminas y grandes cantidades de indol y escatol. El indol y el escatol son transportados al hígado, donde se convierten en componentes menos tóxicos que se excretan en la orina.

Defecación: Bajo circunstancias normales, el recto permanece vacío hasta la defecación o vaciamiento del recto. Ocasionalmente, sin embargo, los movimientos peristálticos en masa impulsan las materias fecales del colon sigmoideo hacia el recto. La distensión resultante de las paredes rectales estimulan los receptores presosensitivos iniciándose un reflejo que produce movimientos peristálticos adicionales en el colon sigmoideo, más contracciones de los músculos longitudinales del recto. La contracción de estos músculos acorta el recto y los movimientos peristálticos fuerzan más heces en el recto aumentando la presión interior. La presión hace que los esfínteres se abran y las heces sean expulsadas a través del ano. Las contracciones voluntarias del diafragma y de los músculos abdominales, contribuyen a la defecación aumentando la presión interior del abdomen el cual empuja las paredes

del colon sigmoideo y del recto hacia adentro.<sup>10/</sup>

### Anatomía Ano-Rectal

El extremo inferior del tubo digestivo está formado por el ano, conducto anal, línea ano-rectal y recto.

### ANO

El ano es el orificio terminal y tiene forma de depresión alargada en sentido antero-posterior, a la que convergen pliegues de piel fina e hiperpigmentada; en estado normal, está cerrado y sólo se abre durante la salida del bolo fecal.

### Conducto Anal

Su límite inferior es el ano y el superior, la línea ano-rectal: mide de 2 a 4 cm., y su superficie, inclusive la línea ano-rectal está cubierta por piel, que forma pliegues longitudinales paralelos al eje mayor del conducto, de espesor variable, blandos y fácilmente perceptibles durante un tacto. Su dirección es la de una línea imaginaria que fuera trazada desde el orificio anal al ombligo. Su distensibilidad y expansión están condicionadas por la tonicidad del aparato muscular esfinteriano y en reposo es de la cavidad virtual.

<sup>10/</sup>Horn W. George. Medicina Interna Harrison. pp. 875-881.

## Línea ano-rectal

Se le llama también línea dentada, línea pectinada o pectínea e impropriamente unión muco-cutánea. Representa la unión del ectodermo con el endodermo y establece un límite en la distribución de los sistemas circulatorio, linfático y nervioso de la región. Su conocimiento es de importancia primordial para comprender la etiopatogenia y el tratamiento de los padecimientos proctológicos más frecuentes. Es una línea sinuosa y la forman las criptas de Morgagni y las papilas anales.

Las criptas o válvulas anales son pequeñas bolsas, de forma triangular, abiertas hacia arriba, de base superior y vértice inferior, similares a las válvulas sigmoideas del corazón, su número varía entre 6 y 8 y se alternan con las papilas anales, que son pequeñas elevaciones, generalmente imperceptibles a simple vista. Las criptas anales son prolongaciones hacia los tejidos subcutáneos por conductillos que se ramifican a profundidades variables, para constituir las glándulas anales; la mayor parte de ellas son de situación subcutánea superficial, pero algunos perforan el esfínter interno y aun llegan a la capa interesfinteriana (músculo longitudinal conjunto); su dirección es siempre hacia abajo y solo por excepción se dirigen hacia arriba es raro que penetren al esfínter externo.

## Recto

Es el segmento terminal del intestino grueso: su longitud varía entre 12 y 15 cm., y está limitado hacia arriba por la unión rectosigmoidea y hacia abajo por la línea ano-rectal.

Es un órgano que no corresponde a su nombre, pues su dirección cambia varias veces. Empieza a nivel de la tercera vértebra sacra y se dirige hacia abajo en dirección paralela a la concavidad del sacro, al que está adherido por tejido areolar flojo, hasta llegar al coxis pasando éste, el recto se hace casi horizontal y su cara posterior se pone en contacto con los elevadores del ano y su aponeurosis, que forman el piso pélvico. En la mujer, la porción distal de la pared anterior de el recto horizontal se adhiere a la cara posterior de la vagina, a la que se fusiona, formando el septum o tabique recto-vaginal. - En el hombre esta parte del recto está en relación con la próstata.

En el extremo inferior del tabique recto-vaginal, el recto se separa de la vagina y se dobla bruscamente hacia abajo y atrás, de modo que la pared rectal anterior se apoya en el piso pélvico. El recto pasa después entre los dos elevadores y se convierte en conducto anal.

### Unión Recto-Sigmoidea

También llamada válvula recto-sigmoidea, es la terminación del sigmoide y el principio del recto; está situada a nivel de la tercera vértebra sacra y es el punto más estrecho del intestino grueso, excepto la válvula íleo cecal.

### Musculatura Anal

Formada por tres capas que son: esfínter externo, -- músculo longitudinal conjunto y esfínter interno.

Esfínter anal externo.- Masa muscular de gran importancia en la conservación de la continencia esfinteriana-voluntaria.

Músculo longitudinal conjunto.- Constituido por terminación de las fibras musculares longitudinales de recto.

Esfínter anal interno.- Engrosamiento en forma de rodete bien definido, su altura es de unos 3 cms. y espesor de 4 a 7 mm.

Diafragma muscular de la pelvis.- Está constituida -- por los músculos elevadores del ano y los isquio-coxígeos.

Elevadores del ano.- Son uno derecho y otro izquier-

do, y están formados por tres porciones cada uno, que fuera a adentro son la ilio-coxígea, la pibo-coxígea y la pubo-rectal.

#### Irrigación Sangúínea.

Los vasos arteriales que irrigan el recto y el ano--son la arteria hemorroidal superior, las hemorroidales medias y las hemorroidales inferiores.

La hemorroidal superior es la rama terminal de la arteria mesentérica inferior; desciende en el espesor del meso-sigmoideo para llegar a la cara posterior de la unión recto-sigmoidea, donde se divide en dos ramas, una derecha y otra izquierda; estas continúan su curso hacia abajo y adelante para llegar a las caras laterales del recto, perforan las capas musculares y continúan en plena submucosa para terminar en la línea anorectal, la rama derecha se divide en dos sub-ramas antes de llegar a su fin, una anterior y otra posterior. Las ramas terminales de la hemorroidal superior se anastomosan con las terminales de las arterias hemorroidales medias e inferiores a nivel de la línea ano-rectal.

Las arterias hemorroidales medias nacen de las hipogástricas y se dirigen hacia adelante y adentro en el espesor de los ligamentos laterales del recto, para distribuirse en la parte inferior de la musculatura anterior -

del recto.

Las arterias hemorroidales inferiores nacen de las -  
pudendas internas; se dividen en tres o cuatro pequeñas -  
ramas que atraviesan la fosa o espacio isquio-rectal e -  
irrigan la musculatura esfinteriana, el conducto anal y -  
la péri-anal.

Las arterias hemorroidales medias e inferiores se -  
anastomosan con las correspondientes del lado opuesto.

La circulación venosa del ano y recto se realiza a -  
través de las venas hemorroidales superior, medias e infe -  
riores, que corresponden y siguen el curso de las arte --  
rias del mismo nombre.

La vena hemorroidal superior es tributaria de la ve -  
na mesentérica inferior, que se une a las venas mesenté -  
ricas superior y esplénica para formar la vena porta; de -  
este modo, la vena hemorroidal superior es tributaria del  
sistema porta. Las venas hemorroidales medias e inferio -  
res son tributarias de la vena hipogástrica, y por lo tan -  
to, del sistema cava inferior, Como es fácil comprender -  
esta disposición anatómica es de máxima importancia en la  
propagación de las infecciones y la producción de metásta -  
sis malignas hematógenas.

En las zonas inmediatamente superior e inferior a la

línea ano-rectal se encuentran los plexos venosos hemorroidales. La porción superior del plexo es la región hemorroidal interna y es submucosa; desemboca en la vena hemorroidal superior y su dilatación constituye las hemorroides internas. La porción inferior es la zona hemorroidal externa y es subcutánea; es tributaria de la vena hemorroidal inferior y constituye las hemorroides externas.

11/

## 1.2 Epidemiología de las hemorroides.

Las hemorroides son venas varicosas en ano y recto; pueden aparecer por fuera del esfínter anal (hemorroides-externas) o por dentro del mismo (hemorroides internas). Dicho esfínter cierra el orificio anal excepto durante la defecación. Las hemorroides externas aparecen como pequeñas protuberancias de color azul rojizo en el canal anal.

Entre las diversas teorías que se han emitido para explicar el problema, sólo la infección anal tiene fundamento etiopatogénico.

### Infección anal

Las materias fecales penetran a las criptas anales y producen una infección asintomática y sin consecuencia alguna durante un tiempo determinado. Circunstancias es -

11/ Avendaño Espinoza Octavio. op. cit. pp. 24-27.



peciales, como la disminución de las defensas locales, provocada por el traumatismo de un bolo fecal endurecido - el aumento de entrada de materias fecales a la cripta en - casos de diarrea y consecuente exacerbación de la infec - ción algún otro padecimiento local que la sostenga o au - mente (fisura anal, fístula ano-rectal), o en fin, una en - fermedad debilitante general, hacen actuar la infección - hasta entonces latente y producen una criptitis; el proce - so se extiende a los conductillos y glándulas anales y - llega a los plexos hemorroidarios; se establece una peri - flebitis y endo-flebitis, se adelgazan las paredes veno - sas y su resistencia a la fuerza de la corriente sangui - nea disminuye, los vasos empiezan a dilatarse más de lo normal, su diámetro aumenta y se forman las hemorroides.

#### Factores del huésped:

Aproximadamente el 95% de los adultos son portadores de hemorroides, pero sólo acuden al médico los que su - fren síntomas de gran intensidad o que no han cedido a la automedicación. Entre los que no solicitan consulta médi - ca figuran las personas con hemorroides asintomáticas, - los enfermos con molestias mínimas, los que sufren pudo - res mal entendidos, los que temen el tratamiento quirúr - gi - co. Es una enfermedad rara antes de los 20 años de edad - y su frecuencia es similar en ambos sexos. Dentro de los - factores predisponentes se encuentran los hábitos: alimen - ticios; alimentos muy condimentados, irritantes, difícil -

tades de digestión y falta de consumo de líquidos. Defecación: lugares inadecuados como letrinas y al medio ambiente, falta de higiene personal, el embarazo y la ocupación: choferes, oficinistas, secretarias y gente sedentaria, la educación, costumbres y cultura.

Factores del ambiente:

Falta de promoción de salud a personas susceptibles.  
Saneamiento ambiental adecuado principalmente a choferes.

Promoción de la salud:

Educación sanitaria y nutricional.

Exámenes periódicos a grupos susceptibles.

Adecuados hábitos de alimentación y defecación.

Mejorar las condiciones socioeconómicas de la población.

Protección específica.

Atención a la higiene personal.

Saneamiento ambiental.

Practicar algún deporte (gente sedentaria)

Una buena atención del parto.

Nutrición adecuada.

### 1.2.1 Anatomía Patológica

Generalmente son varias tumoraciones, de forma semi-esférica u ovoide, lisas, blandas, indóloras o poco dolorosas y desaparecen a la presión. Es frecuente que el en-

fermo advierta su aparición durante la evacuación y su desaparición al concluir ésta o realizar el aseo anal. Estas circunstancias inducen a pensar que se trata de hemorroides internas u otra tumoración rectal prolapsable y no de hemorroides externas, pero debe recordarse que todo esfuerzo de pujo ingurgita los vasos hemorroidarios, los dilata y aumenta de tamaño, con lo que se hacen más notables; al cesar el esfuerzo o comprimirlo durante la limpieza, se vacían y disminuyen de tamaño o desaparecen.

### 1.2.2 Fisiopatología.

Existen hemorroides externas y hemorroides internas; generalmente son mixtas o combinadas y sólo en una minoría se les encuentra constituidas por un solo tipo.

Las externas están cubiertas por piel y las internas por mucosa. El límite entre ellas es la línea ano-rectal y puede ser reconocida por una depresión que señala la división entre ambas porciones.

Las complicaciones que pueden sufrir son: trombosis, hemorragia y prolapso. 12/

12/ Peorman Nesselrod. op. cit. pp. 33-38

### 1.2.3. Sintomatología

Dependen de su situación (externas o internas) y de la ausencia o presencia de complicaciones.

#### Hemorroides externas

Su revestimiento cutáneo y su situación topográfica determinan sus principales manifestaciones: dolor y tumoración. En ocasiones se agrega prurito anal y excepcionalmente hemorragia.

#### No complicadas

#### Dolor

Es de carácter impreciso; los enfermos suelen tener dificultad para describirlo y lo comparan a una vaga sensación de prurito, de aumento de volumen o "inflamación", de ardor o "irritación", etc. Su intensidad es usualmente leve, con exacerbaciones discretas relacionadas con las evacuaciones, el ejercicio físico o la posición sentada prolongada. Su frecuencia es irregular, en algunos enfermos varias veces al día, en otros se ausenta por días o semanas. Su duración rara vez excede una hora y suele calmarse o desaparecer espontáneamente o con la aplicación de alguna pomada.

### Prurito

Suele ser provocado por las evacuaciones, de intensidad mediana o leve y corta duración; a menudo se acompaña de ardor anal, con el que a veces se confunde, sin que el enfermo pueda diferenciar uno de otro, lo que generalmente sucede a consecuencia de ejercicio físico, sobre todo caminatas largas.

### Hemorragia

Es excepcional y sólo se produce por ruptura de la piel que cubre un hematoma subcutáneo en caso de trombo-sis hemorroidaria; si esto sucede, la sangre es escasa y generalmente oscura, líquida o en coágulos muy pequeños.

### Hemorroides Internas

Sus manifestaciones predominantes son hemorragia y prolapso, a las que pueden agregarse secreción sero-sanguinolenta, prurito y ardor anales.

### Hemorragia

Es un síntoma de gran importancia por la imperiosa necesidad de excluir un cáncer rectal como causa del sangrado y por la seriedad que reviste en algunas ocasiones.

La sangre es generalmente líquida y roja, aunque en algunos casos, por retención en el recto, es oscura y en coágulos. Es expulsada con las materias fecales, pero a veces se evacua aislada. Puede observársele como una simple mancha en el material de aseo anal, en forma de estrías rayando el bolo fecal, en gotas al final de la defecación, en chorro durante el momento del esfuerzo por defecar, en forma de escurrimiento a través del ano después de concluir la evacuación, etc. Su volumen es muy variable y en un mismo enfermo puede cambiar de un día a otro. su cantidad puede ser tan escasa con algunas gotas o tan abundante que provoque una grave anemia aguda.

#### Prolapso.

El esfuerzo que se realiza al defecar tiende a proyectar al exterior las hemorroides y la mucosa intermedia entre cada una, pero los tejidos que la rodean la sostienen en un sitio habitual, ó sólo permiten un moderado desplazamiento, merced a la elasticidad que poseen esos tejidos. Con el transcurso del tiempo y los repetidos esfuerzos, la elasticidad que aún existe basta para hacer regresar las hemorroides a su sitio habitual en cuanto cesa el esfuerzo; estas condiciones subsisten un tiempo variable y la pérdida de la elasticidad continúa acentuándose, y con ella, la espontaneidad de la reducción de las hemorroides, que permanecen en el exterior después de cada evacuación; esto obliga al enfermo a introducir las con-

maniobras manuales, a guardar reposo físico o a adoptar - determinadas posiciones, que en algunos casos propician - la introducción espontánea, aunque difícil; en casos avan- zados, el prolapso hemorroidario tiene lugar con el menor esfuerzo físico, sin necesidad de evacuación. En la mayor- parte de los casos, las hemorroides arrastran en su sali- da una porción de mucosa rectal y se produce un prolapso- rectal incompleto.

El enfermo describe el prolapso como la salida de - una o varias tumoraciones, de medio a un centímetro de - diámetro, blandas, depresibles, no dolorosas, excepto en- los casos en que al salir las hemorroides internas produ- cen estiramiento de la piel del conducto anal en que si - hay dolor, que cede al ser reducido el prolapso.

Secreción sero-sanguinolenta.

Es un síntoma inconstante; se debe al despulimiento - o ulceración de la superficie mucosa de la hemorroides, - consecutivo a su frecuente traumatismo con las paredes - del conducto anal y a veces con la ropa del enfermo, que - nota húmedo el ano y regiones próximas. Esta secreción - provoca irritación de la piel y despierta prurito y ardor - anales, a veces muy intensos.

#### 1.2.4 El diagnóstico

Exámenes selectivos a grupos susceptibles; historia - clínica, Exploración física y examen proctológico.

El diagnóstico se confirma por la observación, interna o instrumental. Las hemorroides no son palpables, sino visibles; es falso que un tacto rectal descubra hemorroides internas, como a menudo se pretende; su consistencia, forma y depresibilidad las confunde fácilmente con pliegues normales, que el tacto no puede diferenciar. Las hemorroides son palpables solo en dos circunstancias; cuando han sido sujetas a tratamiento esclerosante; en estos casos endurecen por fibrosis y edema y pueden ser percibidas por el dedo.

Las hemorroides externas y las internas prolapsables se reconocen por inspección anal; las exclusivamente internas requieren el empleo del endoscopio.

#### Diagnóstico diferencial.

Excrecencias cutáneas. Son pliegues cutáneos situados alrededor del ano, de forma sumamente variable, a veces muy pequeños y otras tan grandes que alcanzan 2 ó 3 cm. de longitud; en ocasiones son muy numerosos y rodean completamente el orificio anal que queda oculto entre ellos. Con frecuencia se implantan en el extremo distal de hemorroides externas. Las excrecencias cutáneas suelen ser secuela de crisis hemorroidarias antiguas o restos de cicatrices quirúrgicas. 13/



**Absceso anal:** En general es de dimensiones mayores y límites menos precisos que una hemorroide; la confusión - sólo es factible en casos de trombosis; el absceso suele - rodearse de una zona de infiltración inflamatoria, fácilmente perceptible por la palpación y con frecuencia se - acompaña de fiebre y calosfríos.

**Condiloma acumunado:** tiene aspecto de coliflor, se - cretante, de mal olor y muy friable, ligeramente sangran- te y de mayor tamaño que las hemorroides.

#### Tumoraciones internas

**Prolapso mucoso o prolapso rectal completo pequeño:-** La diferencia con el prolapso hemorroidal es bien precisa el mucoso o rectal está surcado por pliegues concéntricos y el hemorroidario, por pliegues radiados hacia el ano

**Pólipo rectal:** Cuando es de implantación baja y pe - dículo largo puede exteriorizarse al momento de defecar-- como sucede con una hemorroide interna. La diferencia -- principal es que el pólipo es de consistencia firme y la hemorroide es blanda; ambos son indoloros. La endoscopia-- precisa el diagnóstico.

**Papila hipertrófica:** Puede exteriorizarse pero se -- diferencia de una hemorroide interna en que está cubier- ta por piel, es más pequeña, mas dura, dolorosa al tacto-

o compresión, y está implantada a nivel de la línea ano--rectal.

Adenocarcinoma del recto: Es una lesión totalmente - diferente a las hemorroides; el tacto rectal y la endosco

pía aclaran toda duda. 14/

#### 1.2.5. Tratamiento

Médico: Es solo sintomático.

#### Dolor

La analgesia es de tipo general y de tipo local. Los analgésicos generales están indicados en los casos de dolor muy intenso, no dominado por el tratamiento local; - puede usarse indistintamente cualquiera de ellos, ya sea inyectable u oral, con la única condición de que no sea - constipante.

La analgesia local se hace por medio de pomadas, muy conocidas del público que las usa indiscriminadamente, en la mayoría de las veces por autoprescripción. Este tipo - de medicamento, aunque útil en casos de síntomas de intensidad moderada o leve, debe ser empleado con cautela y durante el menor tiempo posible a causa de las reacciones - indeseables que es susceptible de producir. De la gran variedad de pomadas en uso, las más útiles son las que contienen corticoides, por su poder anti-inflamatorio, que-

indirectamente combate el dolor; otros componentes, como los analgésicos de la serie caína, son efectivos solamente a concentraciones elevadas: los antibióticos son inútiles. Tanto las cáinas como los antibióticos exponen -- a reacciones locales de intolerancia que se traducen por prurito anal, más intenso y más difícil de tratar mientras más frecuente y prolongada ha sido la aplicación de la pomada. El modo de empleo correcto de estos productos es de dos a tres veces al día, por medio del aplicador correspondiente, con objeto de que actúe tanto a nivel de la línea ano-rectal, como de todo el conducto anal y ano. En los casos de hemorroides externas se hace aplicación exclusivamente externa. En cuanto a los supositorios, su principal indicación se encuentra en trastornos de la línea ano-rectal a sus cercanías; son inútiles en casos de síntomas anales puros. En trombosis agudas, única o múltiple, sólo las pomadas no proporcionan alivio alguno.

Los sediluvios son un valioso auxiliar en el tratamiento sintomático de la enfermedad hemorroidaria; -- de agua simple y a 37° de temperatura, proporcionan al enfermo una sensación agradable y reconfortante; se aplican tres veces al día, durante 5 a 10 minutos cada uno y deben preceder a la aplicación de las pomadas. En las crisis agudas en que hay edema pronunciado con piel tensa, lisa y brillante, el tratamiento puede iniciarse con el empleo del frío, en forma de hielo, y una vez que el edema empieza a ceder y la piel se observa ligeramente arrugada, se inician los sediluvios.

La función intestinal debe ser normal; toda constipación o diarrea empeoran o prolongan la duración de las molestias, y hacen indispensable su tratamiento, incluida la supresión de alimentos irritantes y bebidas alcohólicas.

El reposo físico es conveniente, especialmente durante las crisis agudas.

### Hemorragia

El tratamiento se inicia con medidas indirectas, que consisten en la supresión de las causas susceptibles de propiciarla o aumentarla, como irritante, constipación, diarrea, etc.; en algunos casos es útil el empleo de hemostáticos capilares (adrenocromo de la semicarbazona) preferentemente por vía inyectable. Si estas medidas fracasa, se recurre al tratamiento esclerosante. En caso de hemorragia masiva, se agregan transfusiones, reposo absoluto, etc., comunes a todo problema hemorrágico severo. En algunos enfermos puede requerirse la compresión a permanencia por medio de compresa, pero si el enfermo está en condiciones de soportarlo, es preferible el tratamiento quirúrgico de emergencia.

### Tratamiento quirúrgico

La hemorroidectomía es el tratamiento de elección.

## Hemorroidectomía submuco-cutánea.

Esta técnica es excelente para reducir al mínimo las molestias post-operatorias y es recomendable si se tiene experiencia en cirugía ano-rectal.

Consiste en la extirpación de las hemorroides por vía subcutánea y submucosa, sin resección de la piel o mucosa. Es más laboriosa y prolongada que la hemorroidectomía común y requiere el empleo de una solución de adrenalina en suero fisiológico al 1 por 200,000, con objeto de reducir o suprimir la hemorragia y facilitar la disección de los vasos dilatados y su aislamiento de piel y mucosa.

1er. tiempo, se inicia con la ligadura del pedículo hemorroidario, en la misma forma y con los mismos requisitos que en la técnica habitual.

2o. tiempo. Con una jeringa de 10 cc., y una aguja del número 23, se infiltra la solución de adrenalina y suero en el espacio subcutáneo y submucoso, empezando con la porción interna, suelen bastar de 3 a 4 cc. en la porción externa y 4 a 5 en la interna; la introducción del líquido produce un considerable aumento de volumen y decolora la zona infiltrada.

3er. tiempo. La ligadura inicial y la pinza que refiere la porción externa son los puntos de referencia que

han de utilizarse para hacer una incisión método lo largo de la hemorroide.

4o. Tiempo. Con pinzas de Allis, se traccionan y separan los bordes de la mucosa incidida y se expone la región donde yace la porción interna de la hemorroides. Con tijeras, se disecciona el vaso hemorroidario y se aisla desde la ligadura a la línea ano-rectal la porción externa es sujeta a las mismas maniobras y las hemorroide queda expuesta en su totalidad.

5o. Tiempo. El vaso se secciona al ras de la ligadura inicial y se retira; se cota el catgut.

6o. Tiempo. Con objeto de facilitar el drenaje de la herida externa, se reseca un pequeño fragmento cutáneo de forma romboidal en el extremo distal de la incisión, lejos del orificio anal.

7o. Tiempo. Si ha habido desgarro de la mucosa o piel producido por las pinzas de tracción, se regularizan los bordes. No se aplica punto de sutura alguno a la mucosa o piel. 15/

#### 1.2.6 Complicaciones

Se presentan si ha habido fallas en el cumplimiento-

15/ Bacil C. Morson. Enfermedades del colon, recto y ano-  
p. 36.

de alguno o algunos de los requisitos pre, trans o post-operatorios. Las más frecuentes son: dolor excesivo, infección, hemorragia, estenosis, impacto fecal, incontinencia esfinteriana, fisura anal y fístula sub-cutánea.

### Dolor excesivo

Es un síntoma de difícil apreciación y valoración, por las frecuentes y grandes variaciones de la sensibilidad al dolor de cada enfermo; se considera como complicación en los casos en que la administración de analgésicos continúa siendo necesaria al término de la primera semana post-operatoria, en que el dolor ya debe ser moderado o leve.

Puede considerarse como la complicación más frecuente. Sus causas pueden resumirse como sigue: resección -- excesiva, heridas defectuosas e infección concomitante, -- continuación o diarrea, impacto fecal, nerviosidad del enfermo.

Su tratamiento es difícil y exige el máximo cuidado de las heridas, normalización del funcionamiento intestinal, dilatación digital frecuente, analgésica no constante y psicoterapia superficial acompañada o no de medicación tranquilizante. En algunos casos, puede haber necesidad de reintervención.

### Infección.

En todos los operados existe: infección muy leve, que no es perjudicial sino benéfica, porque estimula la granulación de las heridas. La infección que ya no es leve se manifiesta por edema de los bordes de las heridas y producción de pus en el fondo, y en casos séveros, por formación de abscesos. Su causa es la ausencia de canalización satisfactoria.

### Hemorragia.

Puede ser inmediata o tardía.

#### Hemorragia inmediata

Sé presenta en las primeras horas post-operatorias en enfermos en que la hemostasia ha sido defectuosa especialmente de vasos arteriales, que se retraen rápidamente y no es posible localizar para ligarlos; en otros enfermos, se trata de hemorragia en capa. Su tratamiento consiste en la ligadura por transfixión del vaso sangrante, que puede hacerse en la cama del enfermo y sin anestesia si la hemorragia procede de una herida externa; en caso contrario, el enfermo debe ser llevado nuevamente a la sala de operaciones. Si el sangrado es en capa requiere un nuevo apósito de compresión y la aplicación parenteral de un hemostático capilar (adrenocromo de la semicarbazona).



### Hemorragia tardía.

También llamada secundaria, ocurre a los 10 ó 12 días de la operación y solo se presenta en casos en que se ha practicado hemorroidectomía. Es una hemorragia muy profusa causada por la ligadura defectuosa de un pedículo hemorroidario, con formación de un muñón demasiado grande, que se necrosa y desprende y deja abierto el vaso sanguíneo. El tratamiento consiste en la ligadura del vaso sangrante a través de un espejo operatorio en la sala de operaciones; en los casos en que es imposible localizar el origen de la hemorragia, se recurre a la comprensión, que se hace con una compresa grande perforada por un hilo grueso y resistente, con objeto de poderla plegar a modo de acordeón; una vez colocado el hilo en ambos sentidos, se introduce el extremo de la compresa que lleva el asa del hilo y se traccionan sus puntas, tanto como sea necesario para hacer una compresión fuerte sobre la zona sangrante y se anudan. Esta compresa debe permanecer en su sitio unas 24 horas y ser retirada como sumo cuidado, previo corte del hilo.

### Entenosis

Sus causas más frecuentes son la resección excesiva de tejido, diarrea prolongada y falta de dilatación. Se manifiesta tardíamente, ya terminada la cicatrización; se descubre con facilidad por medio de un tacto digital, que encuentra un anillo fibroso generalmente situado a nivel de la línea ano-rectal.

Su tratamiento consiste en la sección del tejido fibroso en todos su espesor; la incisión puede ser doble (anterior y posterior) o cuádruple (anterior, posterior, derecha e izquierda), de acuerdo con el grado de estrechamiento. En el período post-operatorio son necesarias las dilataciones digitales frecuentes iniciadas a las 48 horas de la operación y continuadas cada tercer día, hasta cicatrización completa.

#### Impacto fecal

Suele formarse a los 7 u 8 días después de la operación y se identifica por medio de un tacto rectal, como una gran masa fecal, de consistencia semidura o dura, que llena el ámpula rectal; todo enfermo con evacuaciones escasas y frecuentes deseos de defecar durante estos días es sospechoso de sufrir un impacto fecal y obliga a practicar una exploración digital, que al mismo tiempo constituya la primera dilatación. Su tratamiento consiste en la aplicación de enemas de glicerina o enemas de glicerina o aceite mineral tibios, en cantidad de 80 a 100 cc., dos o tres veces al día introducidos muy lentamente, con objeto de que sean retenidos; estos enemas ablandan la masa y facilitan su fragmentación digital, que hace posible su expulsión. Este buen resultado, sin embargo, no siempre se obtiene con tal sencillez; el impacto suele producir trastornos de la sensibilidad de la mucosa rectal e impedir un reflejo normal de la defecación, a lo que se agrega el traumatismo excesivo de las heridas y la producción de intenso

dolor por las maniobras de fragmentación digital, y se hace casi imposible el vaciamiento voluntario del recto. En tal caso, puede utilizarse un enema de glicerina y agua - oxigenada de partes iguales, 20 o 40 cc. de cada una, que produce una violenta contracción del recto y expulsión explosiva de su contenido. Si aun así no se logra resolver - el problema, es necesaria la extracción digital en la sala de operaciones bajo anestesia. Ya vacío el recto, el enfermo suele reanudar su función intestinal en forma normal.

#### Incontinencia esfinteriana.

Es la complicación más seria y molesta para el enfermo; su causa es la sección imprudente del aparato esfinteriano, casi siempre durante una fistúlectomía.

La incontinencia puede ser total o parcial. La primera ocurre cuando la sección incluye todo el anillo ano-rectal (fusión del esfínter externo con la porción pubo-rectal del elevador del ano); la sección del menor volumen de tejido muscular permite la continencia de materias fecales sólidas, pero no de gases y materias fecales líquidas.

Excepto en casos de incontinencia leve, en que los ejercicios esfinterianos efectivos en la sutura de los extremos musculares separados.

### Fisura anal.

Sus causas principales son la infección y el espasmo-esfinterieno excesivo. En algunos casos, el tratamiento médico con pomadas analgésicas, baños de asiento, conservación de la función intestinal normal, medicación, pero sólo después de uno o dos meses. En otros, es necesario el tratamiento quirúrgico, similar al de una fisura por infección de las criptas de Morgagni.

### Fístula subcutánea.

La producen la infección por heridas irregulares y -- bordes cutáneos elevados, mal cuidados en el período postoperatorio. Generalmente son fístulas superficiales y cortas, pero sólo son curables por medios quirúrgicos. 16/

Historia natural de las hemorroides

Factores del Agente

Exógenos: Alimentación excesiva en irritantes y grasas.

Endógenas: Fisiológicos y hereditarios.

Factores del huésped:

Tendencia familiar

Edad: 30 a 50 años

Sexo: ambos sexos

Ocupación: Choferes y oficinistas

Vida sedentaria

Obesidad

Embarazo y parto

Factores del Medio Ambiente

Patrones culturales

Factores sociales y económicos

Tipo de comunidad (más frecuente en la urbana).

Disponibilidad de los alimentos

Facilidades médicas

Promoción de la salud:

Educación sanitaria y nutricional

Exámenes periódicos a grupos susceptibles

Fomentar hábitos adecuados de alimentación y defecación.

Protección específica:

Atención a la higiene personal y alimenticia.

Saneamiento ambiental

Establecer actividad física

Evitar sedentarismo

Adecuado control de embarazo y parto.

Estudio de antecedentes familiares hereditarios.

Cuadro clínico

Estímulo desencadenante

Dilatación de las ramificaciones de las venas hemorroidales.

Signos y síntomas inespecíficos

Dolor a la defecación

Tumoración

Prurito anal

Inflamación

Signos y síntomas específicos

Hematoma subcutáneo

Secresión serosanguinolenta

Dolor excesivo

Prolapso al defecar

Hemorragia

Complicaciones

Anemia

Dolor excesivo

Infección agregada

Estenosis

Impacto fecal

Incontinencia esfinteriana

Fisura anal

## Fístula anal

Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno

Control de casos descubiertos en campaña y consulta general.

Exámenes selectivos a grupos susceptibles

Historia clínica e investigación de la familia.

Tratamiento oportuno y control del paciente y familiares mediante:

Dieta balanceada

Establecer ejercicio físico adecuado

Psicoterapia

Tratamiento paliativo: analgésicos, sediluvios

Tratamiento curativo: Hemorroidectomía

Limitación de la incapacidad

Vigilar la respuesta al tratamiento postoperatorio:

Taponamiento rectal

Sediluvios

Dieta blanda con fibras

Deambulaci6n

Aceite mineral

Analgésico: dipirona

Psicoterapia

Vigilar complicaciones

Rehabilitaci6n:

Instrucciones para continuar tratamiento en domicilio

Consejos y apoyo moral para lograr la reintegración -  
a la vida familiar, laboral y social lo más pronto y-  
mejor posible.



## II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

### I. Datos de identificación

Nombre: S.L.L.

Servicio: Proctología

No. de cama: 011

Sexo: Femenino

Edad: 29 a.

Estado civil: Casada

Escolaridad: Media Superior

Ocupación: Profesora Normalista de Educación Física

Religión: Católica

Nacionalidad: Mexicana

### 2. Nivel y Condiciones de Vida

Ambiente físico: Habitación, características físicas:  
iluminación y ventilación favorables.

Tipo de construcción: Tabicón y losa.

No. de habitaciones: Dos recámaras, una cocina, un baño, --  
sala y comedor.

Animales domésticos: Ninguno.

Servicios sanitarios: Agua: potable extradomiciliaria.

Control de basuras: una vez por semana pasa el carro recolector.

Eliminación de excretas: baño y drenaje.

Pavimentación: cemento y grava

Vías de comunicación:

Teléfono: No            Medios de transporte: carro particular

Recursos para la salud:

I.S.S.S.T.E. y Médico particular.

Hábitos higiénicos

Aseo: baño tipo y frecuencia: baño diario total

Bucal: tres veces al día

Cambio de ropa personal: diario

Alimentación:

Desayuno: a las 9 a.m., fruta y blanquillos preparados.

Comida: a las 15:00 hrs. Sopa y guisado.

Cena: a las 21.00 hrs. sandwich

Colación: Gelatina, café.

### Dinámica familiar

Ella sólo se dedica a su trabajo y al trabajo de la casa, convive unicamente con sus padres y hermanos, con los que refiere se lleva muy bien.

### Comportamiento

Al parecer se trata de un matrimonio con pocas ambiciones de salir adelante juntos, ya que él como parte de la familia sólo se dedica a proporcionar la ayuda económica necesaria en ocasiones, sin tener deseos de mejorar su situación y la relación con su esposa tiene límites, pues no tienen la suficiente comunicación, ella por su parte ha tratado de hablar con él, busca una mejor comprensión y comunicación como pareja sin lograrlo hasta el momento.

### Dinámica social

Se trata de una persona con escasas relaciones sociales, no tiene muchos amigos, sus vecinos solo son conocidos, pocas veces asiste a reuniones a menos que sean familiares, refiere que antes de casarse era muy sociable.

### Rutina cotidiana

Por las mañanas cuando se levanta se dirige a la casa de sus padres donde se arregla y desayuna, posteriormente-

se va a trabajar, cuando regresa por las tardes llega a -- comer a la casa de sus padres donde se queda aproximadamen -- te hasta las ocho de la noche, regresa posteriormente a su casa.

#### Eliminación:

Vesical: 3 ó 4 veces al día sin molestias.

#### Descanso:

Tipo de frecuencia: descansa todas las tardes un rato, las cuales por lo regular las pasa en su casa.

Sueño: duerme de 7 a 8 horas diarias como descanso -- normal.

Diversión y deportes: últimamente no sale a divertirse y no realiza ningún deporte, anteriormente voley ball y gimnasia.

Estudio y trabajo: fuera de su trabajo no realiza -- otra actividad ni de estudio ni de actualización.

Otros: Realiza actividades propias del hogar

## Composición Familiar:

---

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación Económica
Esposo	35 años	Economista	N/E
Esposa	30 años	Docente	50,000.00

---

3. Problema o padecimiento actual

Inicia hace 8 años, con dolor e inflamación de la región anal, días después al evacuar presenta salida de sangre fresca, aproximadamente 10 ml. desaparece la sintomatología, al iniciar la menstruación e ingerir alimentos irritantes el cuadro clínico se repite, desaparece lentamente sin tratamiento alguno, durante cinco años.

Hace 3 años al comenzar control natal con anticonceptivos hormonales orales, se repite el cuadro clínico aumentando progresivamente las molestias al evacuar, disminuyendo lentamente después de la misma hasta desaparecer.

El 3 de Marzo del presente año al iniciar la menstruación nota ligera inflamación de la región anorectal, repitiendo sintomatología el día 8 de Marzo al inyectarse un anticonceptivo hormonal intramuscular (perlutal), agregándose al cuadro clínico sangrado fresco en regular cantidad acompañando a las evacuaciones por lo que acude a su clínica de adscripción, donde diagnostican hemorroides le-

prescriben lidocaina con hidrocortizona -- acido acetil salicilico y sediluvios, con dicho tratamiento no mejora motivo por el cual acude al servicio de urgencias al hospital Tecamachalco, por lo que se interna para el tratamiento quirúrgico de hemorroides mixtas trombosadas.

#### Antecedentes personales patológicos

Apendicectomía en 1978, niega cualquier enfermedad de la infancia y problema transfuncionales, lueticos, sifilíticos.

#### Antecedentes familiares patológicos

Abuelos paternos y maternos: fallecidos, desconoce - causa. Padre: vivo de 69 años, operado de hemorroides, hace 1/2 año.

Ca. benigno de maxilar superior.

Madre viva de 60 años, hipertensa desde hace 6 meses - tratado por facultativo, artritis desde hace 10 años.

Hermanos: 8 todos vivos, 3 de ellos con hemorroides, - los 5 restantes sin ningun dato anormal.

Comprensión y/o comentario acerca del problema:

La cirugía proctológica es sumamente traumática y requiere de cuidados continuos por parte del paciente y del personal de Enfermería, por tal razón al paciente se le orientó y está consciente sobre su tratamiento.

Participación del paciente y su familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Toda su familia se ha preocupado por ella y siente -- el apoyo que le brindan, ella por su parte coopera en todas las actividades encomendadas y se muestra interesada -- por saber más sobre su padecimiento.

#### Exploración física:

Inspección General: Paciente femenina de edad aparentemente igual a la cronológica, íntegra, sin facies características, ni movimientos anormales, activa, reactiva, -- orientada en las tres esferas.

Cabeza: Nomocefala, sin hundimientos ni exostosis, -- buena implantación de pelo, ojos con conjuntivas bien hidratadas, pupilas isocóricas y normorreflexivas, nariz -- bien ventilada, boca bien hidratada, pabellones auriculares bien implantados.

Cuello: De forma y volumen normal, traquea central y desplazable, sin adenomegalias.

**Torax:** De forma y volumen normal, hay dolor a la palpación en ambos senos, área cardio pulmonar sin compromiso.

**Abdomen:** De forma y volumen normal, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, peristaltismo normal.

**Tacto rectal:** Hemorroides mixta trombosadas.

**Extremidades:** De forma y volumen normal, normorreflexivas, sin deformaciones.

**Respiratorio:** Tos seca frecuente, sin más datos

**Circulatorio:** No menciona acufenos, fosfenos, palpitaciones, mareos, desmayo, sin más datos.

**Digestivo:** Gases en algunas ocasiones, distensión abdominal.

**Urinario:** Sensación de ganas de orinar, ardor después de la micción, no refiere dolor, ni otros datos patológicos.

**Nervioso:** Sólo refiere el temor a la operación.

**Organos de los sentidos:** Visión normal, audición normal, olfato normal, distingue los sabores dulces y amargos.



Síntomas generales: dolor tipo ardoroso, inflamación y sangrado en la región anal.

Terapéutica empleada: Sediluvios, Lidocaina con hidrocortisona, fenilbutazona, y ácido acético salicílico. (cirugía).

Exámenes de laboratorio 25-03-86

Hematología	Resultados	Cantidad Normal
Leucocitos	9,300	5,000 a 10,000
Hemoglobina	13.5	12.8 a 17
Hematocrito	40	40 a 52
Bioquímica		
Grupo sanguíneo	A Rh Positivo	
Tiempo de protrombina	100%	80 a 100%
Glucosa	87	70 a 110
Urea	18	16 a 35
ORINA		
Color	I	I-II
Aspecto	Turbio	Claro-transparente
Densidad	1.007	1,003 a 1,010
pH	7.5	6.0 a 7.0
Células	+++++	0 a ++
Bacterias	+++++	0

Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de límites normales solamente los de urea requieren de revaloración, después de la cirugía y tratamientos médico -

en caso necesario.

Urea		15-04-86
Color	I	I-II
Aspecto	Transparente	Transparente
Densidad	1.005	1,003 - 1,010
pH	6	6.0 a 7.0
Células	( - )	0 a ++
Bacterias	( - )	0

Las funciones principales de la sangre son el transporte del oxígeno y del bióxido de carbono, nutrientes y desechos hormonales y enzimas. Regula el pH, la temperatura corporal normal, el contenido de agua de las células y protege contra la enfermedad. La sangre consta de plasma y elementos figurados.

Los elementos figurados son: los eritrocitos, leucocitos y trombocitos. Las células de tipo epitelial se transforman en hemocitoblastos. Los eritrocitos o glóbulos rojos contienen hemoglobina y la formación de eritrocitos se llama eritropoyesis y se presenta en la médula ósea roja de los adultos en algunos huesos. Los leucocitos o glóbulos rojos son células nucleadas una función importante es combatir la inflamación y la infección por medio de la fagocitosis.

#### Coagulación sanguínea

Un coágulo es una red de proteína insoluble en la cual

quedan atrapados los elementos figurados de la sangre. Los sistemas ABO y RH se basan en las respuestas antígeno-anticuerpo y determinan el tipo sanguíneo.

## III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Datos de identificación

Nombre: S.L.L. Cédula: 56 130/2 Sexo: Femenino Edad  
30 a. Servicio: Prociología No. cama: 11 Ocupación:  
Docente E.F. Escolaridad: Media superior Estado Ci--  
vil: Casada Nacionalidad Mexicana Lugar de procedencia:  
México, D.F.

## Diagnóstico de Enfermería

Inicia hace 8 años, con dolor e inflamación de la re  
gión anal, días después al evacuar presenta salida de san-  
grefresca, aproximadamente 10 ml., desaparece la sintomato  
logía, al iniciar la menstruación e ingerir alimentos irri-  
tantes al cuadro clínico se repite, desaparece lentamente-  
sin tratamiento alguno, durante cinco años.

Hace 3 años al comenzar control natal con anticoncep-  
tivos hormonales orales, se repite el cuadro clínico aumen  
tando progresivamente las molestias al evacuar, disminuyen  
do lentamente después de la misma hasta desaparecer.

El tres de marzo del presente año al iniciar la mens  
truación nota ligera inflamación de la región ano-rectal,-  
repitiendo la sintomatología el día 8 de marzo al inyectar

se un anticonceptivo hormonal intramuscular (perlutal), - agregándose al cuadro clínico sangrado fresco en regular- cantidad acompañando a las evacuaciones por lo que acude a su clínica de adscripción, donde diagnostican hemorroi- des lá prescriben lidocaína con hidrocortizona, fenilbuta- zona, ácido acetil salicílico y sediluvios, con dicho tra- tamiento no mejora, motivo por el cual acude al servicio- de urgencias al hospital tecamachalco, por lo que se in- terna para el tratamiento quirúrgico de hemorroides mix- tas trombosadas.

#### Objetivo terminal.

Participar en forma activa en el restablecimiento - de la salud del paciente, a través de técnicas y procedi- mientos de Enfermería, basados en principios científicos, con la finalidad de proporcionar la mejor atención posi- ble y previniendo al máximo aquellos factores que puedan- ocasionar complicaciones.

#### Objetivos intermedios:

- a. Brindar al paciente todos aquellos cuidados de Enfer- mería propios de su padecimiento.
- b. Que el paciente curse su período hospitalario en un am- biente agradable y adecuado.
- c. Evitar al máximo posibles complicaciones.
- d. Dar psicoterapia al paciente cada vez que lo requiera.

Problema.

Rectorraffa

Manifestación del problema

Hemorragia rectal abundante, posterior a la evacuación.

Fundamentación científica

La circulación venosa del ano y recto se realiza a través de las venas hemorroidales superior, medias e inferiores, que corresponden y siguen el curso de las arterias del mismo nombre.

La vena hemorroidal superior es tributaria de la vena mesentérica inferior, que se une a las venas mesentéricas superior y esplénica para formar la vena porta; de este modo, la vena hemorroidal superior es tributaria del sistema porta. Las venas hemorroidales medias e inferiores son tributarias de la vena hipogástrica, y por lo tanto, del sistema cava inferior. Como es fácil comprender, esta disposición anatómica es de máxima importancia en la propagación de las infecciones y la producción de metástasis malignas hematógenas.

En las zonas inmediatamente superior e inferior a la línea ano-rectal se encuentran los plexos venosos hemorroidales. La porción superior del plexo es la región hemorroidal interna y es submucosa; desemboca en la vena he

morroidal superior y su dilatación constituye las hemorroides internas. La porción inferior es la zona hemorroidal--externa y es subcutánea; es tributaria de la vena hemorroidal inferior y constituye las hemorroides externas.

Al presentarse la infección anal asociada algún factor predisponente ocasionan o producen una criptitis; el proceso se extiende a los conductillos y glándulas anales y llega a los plexos hemorroidarios; se establece un periflebitis y endoflebitis, se adelgazan las paredes venosas y su resistencia a la fuerza de la corriente sanguínea disminuye, los vasos empiezan a dilatarse más de lo normal, su diámetro aumenta y se forman las hemorroides, las cuales van evolucionando si no hay atención médica, favoreciendo la formación de trombos que con el transcurso del tiempo se rompen, ocasionando sangrado abundante o escaso dependiendo de la evolución y cantidad de los mismos.

#### Acciones de Enfermería

Participar en la colocación del taponamiento rectal

Vigilancia y retiro del taponamiento

Sediluvios

#### Razón científica de las acciones

Al presentarse ruptura de vasos sanguíneos, se recomienda favorecer la hemostasia por medio de la compresión

de los mismos, está indicado para tal fin el taponamiento rectal el cual consiste de gasas estériles vaselinadas - aplicadas en la región anal, cubiertas por gasas secas y apretando ambos glúteos por medio de una tela adhesiva, - el taponamiento se recomienda retirarlo aproximadamente a las 8 horas después de su aplicación tiempo que se considera necesario para lograr una buena hemostasia, se retira el taponamiento y se corrobora que ya no hay sangrado presente separando ambos glúteos, en caso de que el sangrado persista se aplica otro taponamiento durante cuatro horas y en caso necesario se procede a la suturación de los vasitos sangrantes.

Las mujeres deben ser atendidas especialmente durante la micción y después de la misma para impedir que se manchen y humedezcan los apósitos en la región anal, la paciente estará acostada y miccionará en la riñonera, en caso necesario, la enfermera después de la micción, secará con cuidado la zona.

Los baños de asiento deben de ser poco más que tibia, así se indica textualmente a los enfermos. Se aplican tres al día, durante diez minutos cada uno y se instruye al enfermo para que al estar en contacto con el agua, con sus manos separe sus glúteos con el objeto de obtener un mejor contacto con las heridas y favorecer una buena limpieza. Si el enfermo lo desea, se le autoriza -



que se aplique hasta seis sediluvios en un día. El calor produce sensación agradable, calma el dolor o molestia y proporciona un benéfico efecto sedante.

#### Evaluación de las acciones

Al retirar el taponamiento rectal 8 hrs. después de su aplicación el paciente no presentó sangrado de la región operada y tuvo notable mejoría con los baños de asiento, puesto que estos le disminuían considerablemente el dolor y mantuvieron la región limpia.

#### Problema

##### Dolor

##### Manifestación del problema

Dolor constante, tipo ardoroso en la región ano-rectal

##### Fundamentación científica

La piel peri-anal, anal, del conducto anal y línea-ano-rectal está inervada por ramos muy numerosos y finos-procedentes de los plexos hipogástrico y sacro.

El plexo sacro proporciona ya sea directamente o por conducto del nervio pudiendo interno, el nervio hemorroidal o anal, que se distribuye en el esfínter externo y la piel anal. Las fibras de este nervio emanan en gran parte del cuarto nervio sacro, que inerva el elevador del ano y-

el cuello de la vejiga urinaria; esta distribución explica la presencia de fenómenos vesicales; como tenesmo y aun re tención urinaria, que frecuentemente acompañan a las lesiones dolorosas del ano y región peri-anal, sobre todo abscesos. El esfínter interno y el resto de la musculatura del-intestino terminal están compuestos por fibras lisas, y re ciben, por lo tanto, inervación autónoma.

Desde un punto de vista práctico, es útil destacar algunos hechos importantes en lo que se refiere a la forma como las sensaciones dolorosas afectan la región ano-rectal.

Las regiones peri-anales, el ano, conducto anal y línea ano rectal son sensibles al dolor, lo que explica que este síntoma sea el más importante en las lesiones situadas a este nivel.

El recto es insensible al dolor; esta peculiaridad es desfavorable porque los padecimientos de este órgano no producen dolor sino en fases muy avanzadas, sobre todo si se han exteriorizado e invadido estructuras vecinas sensibles. En contraste, esta insensibilidad tiene la ventaja de permitir la práctica de algunas maniobras de diagnóstico y tratamiento sin necesidad de anestesia.

#### Acciones de Enfermería

Aplicación de analgésico; dipirona 2 grs. I.M. c/6Hrs.

P,RN. Lidocaina con hidrocortizona, pomada de aplicación local. una a seis aplicaciones en 24 horas.

#### Razón Científica de las acciones

La dipirona alivia el dolor por efeto periférico, - actúa directamente sobre el sistema nervioso central; al inhibir la síntesis de las prostaglandinas impide la sensibilización de los receptores del dolor a estímulos externos.

Los compuestos con esteroides tienen, en el caso de la lidocaína con hidrocortizona, además de efectos analgésicos y anti-inflamatorios locales, acción antipruriginosa importante. Se antoja prescribirlos cuando hay molestias intensas, recomendándose vigilar el estado de la piel anal para evitar complicaciones, ya que su uso prolongado puede ocasionar dermatitis por sensibilización.

#### Evaluación de las acciones.

El dolor disminuyó considerablemente, llegando a --- ser muy leve, no se tuvo la necesidad de aplicar analgésicos i.m. constantemente, con los sidiluvios y la pomada local el paciente evolucionó satisfactoriamente.

#### Problema

Estreñimiento

Manifestación del problema

Dificultad para evacuar

Heces fecales duras

Evacuación intestinal cada dos o tres días

Fundamentación científica

En el momento en que el contenido intestinal llega al intestino grueso tanto la digestión como la absorción - están casi completas. Cuando el quimo ha permanecido en el intestino grueso de tres a cuatro horas, se vuelve sólido - o semisólido como resultado de la absorción y se conoce - como heces. Químicamente las heces constan de agua, sales inorgánicas, moco, células epiteliales de la mucosa del ca - nal alimentario, bacterias, productos de descomposición - bacteriana y partes indigeridas de los alimentos no atacadas por las bacterias.

Las glándulas del intestino grueso secretan moco, - pero no producen enzimas. El moco sirve como lubricante - que contribuye al movimiento de los materiales en el colon y actúa como una cubierta protectora de la mucosa.

El quimo es preparado para su eliminación en el in - testino grueso mediante la acción de las bacterias. Estas bacterias fermentan cualquier carbohidrato sobrante y libe - ran hidrógeno, bióxido de carbono y gas metano. También -

convierten la proteínas residuales en aminoácidos y descomponen los aminoácidos en sustancias más simples como el indol, el escatol, sulfuro de hidrógeno y ácidos grasos. Parte del indol y el escatol salen en las heces y contribuyen a su olor, el resto se absorbe. También la bilirrubina producto de descomposición de los glóbulos rojos que es excretado por la bilis, en pigmentos más simples que dan a las heces su color.

#### Acciones de Enfermería

Dieta blanda rica en fibras más abundantes líquidos

Deambulación

Ejercicios de la pared abdominal

establecer horario para la alimentación y evacuación

En caso necesario laxantes

Razón científica de las acciones

Bajo circunstancias normales, el recto permanece vacío hasta la defecación o vaciamiento del mismo. Ocasionalmente, sin embargo, los movimientos peristálticos en masa impulsan las materias del colon sigmoideo hacia el recto. La distensión resultante de las paredes rectales estimulan los receptores presensitivos, iniciándose un reflejo que produce movimientos peristálticos adicionales en el colon sigmoideo, más contracciones de los músculos longitudinales del recto. La contracción de estos músculos acorta el recto y los movimientos peristálticos fuer-

zan más heces en el recto aumentando la presión interior. La presión hace que los esfínteres se abran y las heces sean expuladas a través del ano. Las contracciones voluntarias del diafragma y de los músculos abdominales contribuyen a la defecación aumentando la presión interior del abdomen el cual empuja las paredes del colon sigmoideo y del recto hacia adentro.

La alimentación a base de jugos, té, puras, legumbres, sopas de todas clases, pollo, pescado, jamón, pan, tostado, gelatina, líquidos están indicados en enfermos con problemas de estreñimiento.

Este tipo de alimentación facilita la formación y eliminación de heces formadas, que ayudan a dilatar el conducto anal. Es indispensable que la alimentación se inicie pronto, para favorecer la reanudación de la función intestinal y evitar que las materias fecales se endurezcan y traumatizan más las hemorroides. La evacuación también es estimulada por la deambulacion, que a su vez propicia la micción, la inactividad puede producir también lesión del aparato músculo-esquelético, y con ello, surgir rápidamente debilidad muscular, además de esto, ocasiona problemas como disminución de la resistencia física para la actividad, deformidades y falta de coordinación.

El laxante o aceite mineral van a ablandar las he -

ces fecales, aumentan el bolo fecal y están constituidos por varios polisacáridos naturales y semisintéticos, y algunos derivados de celulosa que con el agua aumentan de volumen y forman un gel o una solución viscosa que mantiene las heces blandas; además el residuo que no se digiere puede estimular la peristalsis, debe administrarse agua en abundante. El aceite mineral no se digiere y se absorbe normalmente en cantidades mínimas; reblandece el esccremento y probablemente, retarda la absorción del agua. Los segundos reducen la consistencia de las materias fecales y disminuyen así la tensión superficial.

#### Evaluación de las acciones

El dolor disminuyó considerablemente con la aplicación del analgésico, al retirar el taponamiento y levantar al paciente a darse sus sediluvios. La dieta junto con la deambulacion y el laxante permitieron que el paciente no presentara problemas al evacuar.

#### Problema

Inestabilidad emocional

Manifestación clínica del problema.

Irritabilidad, inquietud y temor

Fundamentación científica del problema:

Uno de los aspectos que más deben de cuidarse en el

paciente es el sistema nervioso. Este padecimiento en el preoperatorio y en el postoperatorio inmediato hace del enfermo una persona pusilánime, fácilmente excitable, víctima de intensos espasmos esfinterianos, con temor a la evacuación, tendencia a la auto-prescripción de laxantes siempre perjudiciales, renuncia a iniciar una alimentación normal, etc., que termina por provocar constipación o diarrea y dolor intenso.

Tales trastornos son responsables de grandes molestias, por lo cual para la enfermera estas circunstancias exigen el mayor esfuerzo para despertar la confianza y tranquilidad en el enfermo, tanto como sea necesario para hacerle olvidar o al menos reducir su temor ante la posibilidad de intensos sufrimientos post-operatorios y para convencerlo de la importancia que tiene seguir al pie de la letra las indicaciones.

#### Acciones de enfermería

Brindar el apoyo emocional que el paciente necesite.

Indicarle al paciente el por qué debe seguir al pie de la letra las indicaciones y el como le va a ayudar en el restablecimiento de su salud.

Responsable: Enfermera y el Médico

Razón científica: El paciente al ver que los analgésicos no disminuyen considerablemente el dolor o al tener



problemas para evacuar, empieza a intranquilizarse y a mostrarse nervioso e irritable por eso está indicado y es buena la psicoterapia, además de fomentarle actividades que lo mantengan ocupado y lo distraigan y le permitan olvidarse por momentos de su padecimiento.

### Problema:

#### Aislamiento

Manifestación: Falta de comunicación con sus familias y compañeros.

Fundamentación científica del problema.

El paciente que va a ser sometido a cirugía tiende a volverse antisocial o introvertido por el pudor que siente cuando le preguntan sus familiares y amigos de que lo van a operar. Después de la cirugía y durante las primeras 24 horas post-operatorias por las molestias que tiene se siente desprotegido, inseguro o irritable, no desea platicar con nadie. En los días siguientes si presenta problemas para evacuar cree que nadie se preocupa por él y que no se le brinda la atención necesaria y adecuada.

#### Acciones de enfermería

Orientar al paciente sobre su padecimiento y la forma en que él nos puede ayudar.

Motivar al paciente para que conviva con sus compañeros de cuarto, familia y personal del hospital.

Responsables: Enfermería

Razón social: Se considera de bastante utilidad hacer que el paciente se relacione y comunique con sus demás compañeros de cuarto, porque al tener el mismo padecimiento se orientan y brindan ayuda mutua durante su estancia hospitalaria, haciendo menos traumática su situación y problema, el brindarle confianza va hacer que confíe en nosotros como responsable en su mejoría que somos y nos permita ayudarlo en su pronto restablecimiento y hacer partícipe también a su familia en su tratamiento para que cuando egrese el paciente, conozcan la forma en que pueden ayudarle en su casa y él adquiera confianza en ellos y de esta forma mantener un ambiente agradable y familiar que le permita desenvolverse y alcanzar seguridad y transmitir seguridad a sus compañeros y familiares.

Problema

Hemorroides mixtas trombosadas

Manifestación del problema

Procedencia de tumoración con la acción del pujo, a través del orificio anal.

Razón científica.

Todo esfuerzo de pujo, el aumento de la congestión pélvica durante la menstruación, la utilización de anticonceptivos hormonales que tienden a modificar la circulación sanguínea del ciclo menstrual asociado a la retención de

líquidos, como efectos secundarios, aumentan la ingurgitación de los vasos hemorroidarios, los dilata y aumenta de tamaño, con lo que se hacen más notables; al cesar el esfuerzo, terminar el período menstrual o suspender la aplicación de anticonceptivos y al comprimir durante la limpieza se vacían y disminuyen de tamaño o desaparecen. Generalmente son varias tumoraciones, de forma semi-esférica u ovoide, lisas, blandas indoloras o poco dolorosas y desaparecen a la presión. Es frecuente que el enfermo advierta su aparición durante la evacuación y su desaparición al concluir esta o realizar el aseo anal. Estas circunstancias inducen a pensar que se trata de hemorroides internas o prolapsables.

Existen hemorroides externas y hemorroides internas; generalmente son mixtas o combinadas y sólo en una minoría se les encuentra constituidas por un solo tipo.

Las externas están cubiertas por piel y las internas por mucosa; el límite entre ellas es la línea ano-rectal y puede ser reconocida por una depresión que señala la división entre ambas.

El término ciclo sexual se refiere a una serie de cambios que se presentan en el endometrio en una mujer no embarazada. Cada mes el endometrio se prepara para recibir un óvulo fertilizando un óvulo implantando eventualmente se desarrolla para producir un feto y normalmente permane

ce en el útero hasta el nacimiento. Si no se presenta la fertilización, se elimina una parte del endometrio. El ciclo ovárico es una serie mensual de hechos asociados con la maduración de un óvulo.

Las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior inician el ciclo menstrual, el ciclo ovárico y otros cambios asociados con la pubertad en la mujer. La HFE estimula el desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por los folículos. Otra hormona hipofisiaria anterior, la hormona luteinizante HL, estimula el desarrollo posterior de los folículos ováricos hasta la ovulación y estimula la secreción de progesterona por las células ováricas. Las hormonas sexuales femeninas, estrógenos y progesterona, afectan al cuerpo de diferentes maneras. Los estrógenos tienen cuatro funciones principales.

La primera es el desarrollo y mantenimiento de los órganos reproductores femeninos especialmente el endometrio, las características sexuales secundarias y las mamas. La segunda, controla el balance de líquidos y electrolitos; la tercera, aumenta el anabolismo proteico. La cuarta producen un aumento en el impulso sexual femenino. Los niveles altos de estrógenos en la sangre, impide la secreción de HFE de la hipófisis anterior. Esta inhibición suministra las bases para la acción de una clase de

píldoras anticonceptivas. La progesterona, la otra hormona sexual femenina trabaja con los estrógenos para preparar al endometrio para la implantación y para preparar las glándulas mamarias para la secreción láctea.

La duración del ciclo menstrual es variable en los diferentes mujeres y normalmente oscila entre 24 y 35 días. Pero los fines de nuestro estudio suponemos que la duración es de 28 días. Los sucesos que ocurren durante el ciclo menstrual pueden dividirse en tres fases: la fase menstrual 2 fase preovulatoria y 3 fase postovulatoria.

La fase menstrual, también denominada menstruación, es la descarga periódica de sangre de 25 a 65 mililitros, líquido tisular, moco, y células epiteliales. Dura aproximadamente los primeros cinco días del ciclo. La descarga se asocia con cambios endometriales durante los cuales la capa funcional degenera y se forman áreas hemorrágicas. Se van desprendiendo paulatinamente pequeñas áreas de la capa funcional, se vierte el contenido de las glándulas uterinas, estas se colapsan y se descarga igualmente líquido celular. El flujo menstrual pasa de la cavidad uterina al cuello, a través de la vagina y por último al exterior.

Generalmente el flujo termina hacia el quinto día del ciclo. En este momento se ha eliminado totalmente la capa funcional y el endometrio queda muy delgado porque sólo persiste la capa basal.

Para entender cómo se presenta la menstruación y como el feto recibe nutrición de su madre, es preciso decir algo sobre la irrigación sanguínea del útero. Las ramas de la arteria uterina denominadas arterias arqueadas, se disponen en una forma circular por debajo de la serosa y dan origen a ramas porque penetran al miometrio y se dividen en dos clases de arteriolas, una rama termina en la capa basal y la lleva los materiales necesarios para regenerar la capa funcional. La otra rama penetra a esta última capa y sufre marcados cambios durante el ciclo menstrual.

En la ovulación, o sea la ruptura del folículo vesicular con liberación del óvulo en la cavidad pélvica, se presenta en el día 14 de un ciclo de 28 días, precisamente antes de la ovulación, el alto nivel estrogénico producido durante la fase preovulatoria inhibe la secreción de HFE en la hipófisis anterior. Consecuentemente la secreción de HL por la hipófisis anterior se aumenta enormemente, al aumentar la HL y disminuir la HFE se presenta la ovulación. Después de la ovulación el folículo vesicular se colapsa y la sangra en su interior forma un coágulo denominado cuerpo hemorrágico. El coágulo es finalmente absorbido por las células foliculares residuales. Más tarde las células foliculares aumentan de tamaño, cambian de carácter y forman el cuerpo amarillo.

Después de la ovulación, el nivel de estrógeno en -

la sangre cae ligeramente, el cuerpo amarillo secreta cantidades mayores de estrógenos y progesterona, siendo la última la responsable de la preparación del endometrio para recibir un óvulo fertilizado. Las actividades preoperatorias son el aumento de la secreción de las glándulas endometriales que se hacen tortuosas la vascularización del endometrio superficial, el engrosamiento del endometrio y el aumento del líquido tisular, estos cambios corresponden a la anticipación del arribo del óvulo fertilizado, si no se presenta, el cuerpo amarillo se degenera y se convierte en el cuerpo blanco, disminuye la secreción de estrógenos y progesterona por la degeneración del folículo y se inicia otro período menstrual.

Acciones de Enfermería en el preoperatorio inmediato.

Reafirmar el diagnóstico, a través de la Historia clínica y diferentes métodos de diagnóstico.

El diagnóstico de las enfermedades proctológicas se basa en los siguientes métodos de estudio:

- Historia clínica.
- Exploración proctológica.
- Laboratorio.
- Radiología.

Historia Clínica.

Debe estar integrada por interrogatorio y explora -

ción física generales, como es usual en clínica.

#### Sintomatológica Proctológica.

Las manifestaciones que se encuentran en este tipo de enfermo son dolor y prurito anales, hemorragia, tumoraciones, secreciones, orificios fistulosos, tenesmo rectal, moco, deformación del bolo fecal, constipación, meteorismo, dolor abdominal, borborigmos, tumoración abdominal palpable.

El interrogatorio debe investigar los siguientes datos:

#### Dolor y Prurito Anales

Intensidad, relación con las evacuaciones y ejercicio físico, otras causas que los provoquen o exacerben y causas que los calmen, duración y ritmo durante el día, - periodicidad. En caso de dolor, interrogar tipo (punzante, ardoroso, espasmódico, etc.) El prurito es considerado - como un variante del dolor.

#### Hemorragia.

Volumen, forma en que es expulsada (líquida roja, - líquida oscura, en coágulos, en chorro, en gotas, en es - trías que rayan el bolo fecal, mancha en el material de - aseo post-defecación), con o sin materia fecal, periodicidad o persistencia, relación con baja de peso o anorexia.



### Tumoraciones.

Extra (anal, peri-anal), enterna (prolapsable), forma, tamaño, sensibilidad, consistencia, movilidad, superficie, forma de aparición (brusca, lenta), aparición periódica o persistente, modificación de sus caracteres durante - su evolución, supurante, caracteres de los tejidos que la rodean (endurecimiento).

### Secreciones.

Purulenta, sanguinolenta, serosa (combinación de estos tres tipos), cantidad, relación con las evacuaciones y el ejercicio físico, acompañadas de ardor o prurito anales, olor especial, persistencia o periodicidad.

### Orificios Fistulosos.

Localización, número, precedidos o no de absceso, - absceso actual, supuración constante o intermitente, sensibilidad de la región que los rodea.

### Tenesmo Rectal.

Intensidad, duración durante el día, constante o intermitente, número y caracteres de las evacuaciones que provoca, deseo de defecar frustrado, relación con baja de peso y anorexia, progresivo o estabilizado.

**Moco.**

Cantidad, solo o mezclado con sangre, frecuencia de aparición, descargas desprovistas de materias fecales.

**Deformación del bolo Fecal:**

Con o sin dificultad para evacuar, diámetro y forma de la evacuación, persistencia o intermitencia.

**Constipación**

Grado de dificultad que produce para defecar, número de evacuaciones al día, número de días que transcurren sin defecación, caracteres de las materias fecales, laxantes - empleados y resultados, existencia de falsa diarrea, sensación de evacuación incompleta.

**Meteorismo.**

Abundancia, expulsión fecal o imposible durante lapsos de mayor o menor duración, relación con dolor abdominal (especialmente retortijón), aumento de volumen del abdomen, generalizado o localizado a una región determinada, relación con imposibilidad para defecar.

**Dolor Abdominal.**

Intensidad, tipo (sobre todo retortijón), frecuencia, duración, intermitente, relación con las evacuaciones y --

expulsión de gases por el ano, relación con peristaltismo abdominal visible y borborigmos.

#### Tumoración Abdominal Palpable.

Localización, consistencia, superficie, movilidad o fijeza, sensibilidad, tamaño.

#### Exploración Proctológica.

Consiste en la inspección del ano y regiones que lo rodean, palpación externa, tacto rectal y ano-recto-sigmoidoscopia.

#### Preparación del Enfermo.

Tiene por objeto vaciar el contenido del intestino-- para hacer posible la correcta observación de su interior.

La limpieza se lleva a cabo por medio de enemas evacuantes de agua tibia simple; debe evitarse el empleo de laxantes y soluciones salinas, jabonosas, etc., que suelen producir congestión de la mucosa y alterar su verdadero aspecto. Se aplican dos enemas de un litro, uno la víspera y otro alrededor de 4 a 5 hrs. antes de la exploración; este período debe ser respetado, porque un intervalo más breve entre el segundo enema y la observación hace que el enfermo continúe expulsando agua mezclada con materia fecal e inunde el endoscopio. Debe recomendarse que la introducción del agua sea lenta, para evitar su rápida expulsión;

es conveniente que el agua se retenga de 5 a 10 minutos;-- un lapso más prolongado suele favorecer su retención y nulificar su efecto de limpieza.

Rara vez es necesaria la sedación del enfermo para efectuar la exploración; sin embargo, en personas pusilánimes y nerviosas puede estar indicada y se hace a base de cualquier sedante general, administrado unas dos horas antes de la observación. En los niños es más frecuente su indicación, y en ocasiones, sobre todo en los más pequeños, de 2 o 3 años de edad, es indispensable la anestesia general.

Cuando el enfermo sufre un padecimiento doloroso de la región anal, puede haber necesidad de infiltrar el aparato esfinteriano con una solución de novacaína o procaína al 1 ó 2%.

El enfermo deberá ser invariablemente instruido acerca del tipo de exploración que va a practicarse y se solicitará su máxima cooperación, para que evite todo tipo de contracción o tensión de su cuerpo, con objeto de hacerle el examen lo menos molesto posible y lograr mejores resultados, especialmente en la observación endoscópica.

#### Posición.

Es variable, según el enfermo y preferencia del explorador.

### Posición Genu-Pectoral.

Consiste en colocar de rodillas al enfermo y hacer que sus muslos guarden un ángulo de  $90^\circ$  en relación con la superficie de una mesa de exploración común, sofá (chaise - longue), cama, etc.; a continuación, flexiona el tronco hasta que apoye una mejilla y parte del pecho sobre la mesa, desplazando los miembros superiores hacia fuera, de modo que cuelguen a los lados de la mesa. Esta posición evita la contracción de la pared abdominal, desplaza la masa intestinal hacia la parte superior del abdomen y deja libres de toda compresión los segmentos terminales del intestino, con lo que se evita su colapso. Es una excelente posición, especialmente útil en los casos que requieren sigmoidoscopia, a veces difícil de efectuar, y a menudo evita la necesidad de insuflación.

### Posición de Decúbito Lateral.

De preferencia el izquierdo, se hace flexionar al enfermo ambos muslos a  $90^\circ$  en relación con el abdomen; cuando es posible, se imprime a la mesa una moderada posición de trendeleburg. El decúbito lateral es necesario en personas que difícilmente pueden desarrollar esfuerzo físico alguno o por cualquier motivo que les impida adoptar la posición genu-pectoral, como en los casos de parálisis, caquéticos ancianos, artríticos, amputados, etc. pero siempre requiere insuflación.

### Posición proctológica.

Necesita una mesa de exploración especial, que recibe el nombre de mesa proctológica, de la que existen varios tipos. Se coloca al enfermo en decúbito ventral y la mesa se angula, de modo que el pubis se sitúe precisamente a nivel del ángulo, donde hay un rodete o elevación que sobresale de la superficie de la mesa, con objeto de elevar el pubis y evitar la compresión abdominal. Esta posición es muy ventajosa y muy cómoda para el enfermo y el explorador.

### Posición Ginecológica o de litotomía.

Su mayor aplicación se encuentra en los casos de padecimientos de periné anterior o cuando se necesita una exploración combinada gineco-proctológica. Es la posición menos usada y la más incómoda para el explorador.

### Métodos de Exploración.

#### Inspección.

Comprende la exploración visual del ano y regiones que lo rodean. En estado normal, el ano se observa como una hendidura antero-posterior, a la que convergen pliegues de piel fina y pigmentada, toda modificación de este aspecto debe considerarse patológica: tumorações diversas (excrecencias cutáneas, hemorroides, abscesos, condi-

lomas), ulceraciones (fisura, amibiasis, cáncer), abertura anal (hipo o atonía). Una vez realizada esta inspección, - se separan las paredes anales y peri-anales con los dedos-pulgares y se indica al enfermo que haga un esfuerzo por - defecar; esta maniobra es especialmente útil en los casos- de prolapso (rectal o hemorroidario). En las regiones peri-anales o sacro-coxígea, las lesiones más frecuentes obser- vadas son orificios fistulosos secundarios y aumentos de - volumen con enrojecimiento de la piel (abscesos isquiorrec- tales, quiste pilonial).

#### Palpación Externa y Tacto Rectal.

La palpación del ano y regiones peri-anales confirma- y completa los datos observados en la inspección. A conti- nuación se procede a efectuar el tacto rectal, empleando el dedo índice, previamente lubricado, de preferencia con vase- lina líquida o jalea transparente; se introduce lentamente- y con delicadeza, para disminuir al mínimo las molestias al enfermo; se palpa primero el conducto anal y después el rec- to, por medio de movimientos circulares, para explorar to- das sus paredes. El tacto permite conocer:

a) Tonicidad del aparato esfinteriano: hipertonia en- casos de enfermos con sistema nervioso muy lábil o con pade- cimientos dolorosos del ano y conducto anal, e hipotonía o- atonía en pacientes generalmente viejos o desnutridos y a -

menudo con algún tipo de prolapso;

b) Estado de las paredes ano-rectales, superficie y especialmente consistencia (infiltración maligna o granulomatosa);

c) Calibre del conducto anal y del recto inferior, regiones donde se pueden descubrir estenosis de diversos tipos y grados;

d) Existencia de tumoraciones en el conducto anal y recto;

e) Anomalías extra-rectales (prostáticas, uterinas o anexiales.

#### Endoscopia.

Es quizá el medio de diagnóstico más importante. Se emplean aparatos denominados de acuerdo con su longitud: anuscopio, rectoscopio y sigmoidoscopio.

El anoscopio es un tubo de 7 a 8 cm. de longitud y unos 2 cm. de diámetro, con un mango en su base. Se introduce en endoscopia en la dirección del conducto anal, es decir, hacia el ombligo, independientemente de la posición empleada; una vez introducido, se extrae el mandril conductor y se inicia la observación, con luz natural o artificial. El anoscopio permite ver el ano, el conducto anal y 2 ó 3 cm. del recto.



El rectoscopio tiene generalmente 15 cm. de longitud y 2 de diámetro. La técnica de introducción es la siguiente: inicialmente se orienta en la dirección del conducto anal en una distancia de unos 4 cm. recorridos estos, el aparato se hace bascular hacia el sacro rodeando la punta del cóxis y describiendo en ángulo abierto hacia éste: se introduce otros 4 cm. y se extrae el mandril; es frecuente escuchar en este preciso momento un ruido característico que traduce la entrada de aire al recto, que lo distendrá y permitirá una exploración correcta. Se ilumina y se continúa la introducción del rectoscopio siempre bajo control visual, nunca a ciegas, a la mayor profundidad posible. La observación se hace en sentido retrógrado, moviendo el aparato para ver las cuatro caras del órgano; la pared posterior es especialmente difícil. Deben tomarse máximas precauciones en la observación de las caras superiores de las válvulas de Houston, que se hacen visibles aplastando su borde con la punta del aparato. Con el retroscopio se observan el ano, conducto anal, recto y a veces los últimos centímetros del sigmoide.

El sigmoidoscopio es un tubo más largo que el rectoscopio, que varía entre 25, 30 y 35 cm. con dispositivos de insuflación, aspiración y lente ocular de aumento. Su introducción está sujeta a las mismas reglas que el rectoscopio, pero, al llegar a la unión recto-sigmoidea, puede encontrarse el primer obstáculo serio, a veces difícil de su-

perar, pues el pliegue que forma la válvula rectosigmoidea se interpone en el camino del endoscopio o bien el orificio que señala el extremo distal del sigmoide se oculta entre los pliegues de la mucosa; es en este momento cuando se insufla, siempre con precaución; en algunos enfermos es útil hacerles ejecutar movimientos inspiratorios profundos, que hacen aparente la continuidad de la luz intestinal; salvado este obstáculo, la introducción suele continuar sin dificultad, pero si la hay, es preferible abstenerse de intentar una observación más profunda valiéndose de la introducción forzada, que expone al enfermo a sufrir una perforación del sigmoide.

La endoscopía muestra el estado del ano-recto-sigmoide a una profundidad máxima de 35 cm. En estado normal, el conducto anal es surcado por pliegues longitudinales de grosor variable, cubiertas por piel verdadera o modificada, de color similar al de la piel anal, de la mucosa rectal o de tonos intermedios entre ambos. La mucosa es rosada o roja pálido, lisa brillante, plegada según la porción observada; en el recto se encuentran las válvulas de Houston, como grandes pliegues semilunares en número de tres generalmente y en el sigmoide, pliegues pequeños y numerosos, de dirección transversal y a veces diagonal; el diámetro de la luz intestinal es amplio en el recto y estrecho en el sigmoide; las paredes del intestino son blandas y francamente depresibles por el aparato. En estado patológico se-

observan: palidez, congestión, edema, moco, pus, sangre, - ulceraciones, estrechamientos, espasmos, infiltración de - las paredes, neoplasias malignas incipientes o avanzadas, - pólipos, parásitos adultos, (oxiuros, tricocéfalos, progló - tides de tenia, etc.).

#### Laboratorio.

Se utilizan los siguientes estudios: biopsí a, copro - logía, observación directa de secreciones y reacción de - foli.

#### Biopsia.

La biopsia, tomada con pinzas de longitud variable de acuerdo con la profundidad de la lesión ofrece el medio de - decisivo de dx. en los tumores malignos; en estos casos, el - fragmento debe corresponder al borde de la lesión, no a la - parte más prominente si es polipoidea o al fondo si es ulce - riforme; habitualmente estos sitios están cubiertos por ma - teria fecal, moco u otros detritus. La misma precaución se - toma en casos de úlceras amibianas, bacilares, inespecífi - cas (colitis ulcerosa), etc. Debe aclararse que la biopsia - a través de un endoscopio no es fácil de tomar en ocasiones, sobre todo porque los rectos o sigmoides que tienen lesio - nes que requieren biopsia están frecuentemente sucios por - materia fecal, sangre y moco, que dificultan la observación y no permiten la localización del borde de la lesión; en es

tos casos debe extraerse un fragmento de tejidos de consistencia firme que haya podido ser visto, aunque el resto de la lesión se oculte. En caso de lesión anal o del conducto anal puede ser necesaria la anestesia local.

El resultado positivo del estudio histopatológico es el valioso; el negativo no elimina el diagnóstico e impone la repetición de la biopsia cuantas veces sea necesario, sobre todo en los casos sospechosos de cáncer.

#### Coprología.

El estudio de materias fecales deberá investigar la presencia de parásitos intestinales por medio de series coproparasitoscópicas, en número de 3, 5, 6 o más observaciones, particularmente en el diagnóstico de la amibiasis. La práctica rutinaria de este estudio es conveniente en todos los casos de enfermedad proctológica, cualquiera que ella sea e independientemente de los síntomas que produzca.

En casos de prurito anal sospechoso de ser provocado por oxiuros se practica raspado anal en busca de los huevecillos. El coprocultivo está indicado especialmente en enfermos con evacuaciones blandas, cuadros disentéricos o presencia de moco persistente o abundante, que puede tomarse directamente de la mucosa recto-sigmoidea por medio de un hisopo estéril a través del endoscopio.

El examen funcional de materias fecales investiga la presencia de almidones, levaduras, fibras musculares, etc. que pueden explicar algunos cuadros de fermentaciones o putrefacciones intestinales, meteorismos abundantes, diarreas, lenterias<sup>o</sup>

#### Observación directa de Secreciones.

Consiste en la toma de moco por medio de un hisopo a través del endoscopio, para observación inmediata al microscopio. Se utiliza para investigar la presencia de trofozoitos amibianos.

#### Radiología.

Es indispensable en las lesiones situadas fuera del alcance del dedo y del endoscopio y representa un excelente medio de diagnóstico, a veces el único, de las enfermedades del colon.

Este estudio consiste en la introducción a través del ano de un material radio-opaco (sulfato de bario), que llena el recto y el colon; generalmente se le denomina "colonpor enema" y para ser correcto deben ser practicados tres tipos de estudios: a repleción, de vaciamientos y contraste, con las placas ántero-posteriores y oblicuas, para observación de los ángulos del colon.

A repleción significa que el colon esté lleno del material de contraste con objeto de demostrar su configura -

ción general, dirección, calibre, longitud, distensibilidad, etc., y solo permite descubrir las anomalías gruesas, como un tumor de gran tamaño o un estrechamiento pronunciado.

El estudio de vaciamiento se hace una vez que el enfermo ha expulsado gran parte del material de contraste y conserva un remanente adherido a la mucosa o lesión; así es posible el descubrimiento de lesiones pequeñas, que el estudio a repleción ha ocultado.

El método de contraste (Fisher) consiste en la introducción de aire por medio de una perilla a través del ano, ya tomadas las placas de vaciamiento. Este estudio logra el máximo detalle y demuestra lesiones muy finas, que permiten un diagnóstico de gran certeza en muchos enfermos.

El estudio radiológico del sigmoide merece un breve comentario especial. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos es posible lograr imágenes radiológicas suficientemente claras para sospechar un diagnóstico, también lo es que frecuentemente, debido a la longitud, movilidad y situación intra-pélvica del órgano, sus diversas partes se superponen unas sobre otras y dificultan o impiden la interpretación correcta de las imágenes obtenidas; por ello es prudente no basar el diagnóstico solamente en el estudio radiológico de este segmento intestinal.

El estudio radiológico del colon por vía oral es de-

fectuoso, porque las imágenes que produce son imprecisas y vagas, pero en casos de que sea necesario emplearlo, sólo es permitible si no se sospecha una lesión estenosante, en cuyo caso está absolutamente contraindicado, porque favorece la posibilidad de una oclusión intestinal por el peligro de un impacto de bario (bariolito).

No debe dejarse de mencionar a la cirugía (Laparotomía exploradora) como medio de diagnóstico, que tiene sus indicaciones en determinados cuadros clínicos de origen cólico.

#### Acciones de Enfermería

##### Preparación de la región ano-rectal.

La tricotomía de la región ano-rectal se realiza con la finalidad de mantener dicha región libre de micro-organismos que la pueden utilizar como habitat, también para tener una mejor visualización al momento de la cirugía y evitar lastimar al paciente al retirar el taponamiento; pues al estar sensible la región en el post-operatorio inmediato al retirar la tela adhesiva se adhiere a las vellosidades de la región postoperada.

Para tal fin la enfermera va a preparar el material necesario: una charola con rastrillo, navaja, jabón líquido, pinza fuerster, guantes, torundas o gasas, bandeja o riñón, agua tibia, benzal, toallas de papel sanitario, bol

sa para desechos, cómodo, hule clínico y sábana clínica.

El procedimiento va a ser de arriba hacia abajo, de limpio a sucio y del centro a la periferia, tratando al máximo de no ocasionar cortadas que puedan desencadenar una probable infección.

#### Técnica.

Lavarse las manos, preparar el equipo, trasladarlo a la unidad identificar al paciente, preparación psíquica, preparación física del paciente, aislarlo, bajar colcha y cobertor a la piecera, proteger la cama con hule y sábana clínica, dar posición indicada, colocar cómodo, cubrir al paciente con la sábana móvil, disponer el equipo, calzarse los guantes, tomar con la pinza una torunda, verterle jabón y proceder a enjabonar la región, rasurar siguiendo el nacimiento del vello, quitar el residuo de jabón con agua, verter solución antiséptica, secar la región, dejar cómodo y limpiar al paciente, dar cuidados posteriores al equipo y hacer anotaciones en la hoja de enfermería.

#### Acciones de Enfermería

##### Vendaje de miembros inferiores y cabeza

El vendaje de la cabeza se realiza con la finalidad de favorecer la irrigación sanguínea hacia el cerebro y también para mantener cubierto el pelo como medida profi-



### láctica.

El vendaje de los miembros inferiores se realizó para favorecer el retorno sanguíneo de los mismos, pues se encuentra muy distales del corazón.

### Solución glucosada al 5%

La solución se aplica con la finalidad de mantener hidratado al paciente durante el transoperatorio y para mantener una vena permeable para ministración de medicamentos que se requieran durante el transcurso del mismo.

### Toma de signos vitales.

Los signos vitales son manifestaciones internas que se presentan en forma constante en un organismo vivo y la alteración de alguno de ellos nos da la pauta para detectar padecimientos cardiovasculares, respiratorios e infecciones entre otros.

### Técnica.

Lavarse las manos, preparar el equipo, trasladarlo a la unidad del paciente, identificar al paciente, explicar al paciente que se le va a preparar para la cirugía y explicarlo en que consiste el procedimiento, colocar al paciente en posición fowler, comenzar con vendaje de la cabeza, colocar al paciente en decúbito dorsal, comenzar con el vendaje de miembros inferiores, proseguir con la prepa-

ración del material y equipo para la aplicación de venoclisis.

Equipo: Frasco solución indicado, equipo de venoclisis, jeringa de 5 cm. aguja del 18 a 20 si no la trae el - equipo, tela adhesiva, torunda, alcohol, torniquete, pro - tector pequeño de hule o tela, bandeja en forma de riñón, - férula, venda de tres a cuatro cms. de ancho, bandeja.

### Técnica

Revisión orden médica, aclarar dudas con el médico - antes de preparar el frasco de la solución, lavarse las ma - nos, preparar la solución, quitar el tapón de hojalata al - frasco de solución dejando el rodete de hule, quitar la en - voltura exterior al equipo de venoclisis, estirar el tubo - y quitar el tapón que protege la conexión, al frasco y a - este quitarle el hule que le protege, introducir al extre - mo del tubo de venoclisis al orificio del frasco que no - tiene tubo de cristal, quitar el tapón que cubre la aguja - y purgar el aire punzar el tubo y volver a introducir la - aguja en el tubo protector, colocar todo el equipo en la - bandeja y trasladarlo al cuarto del paciente, preparar al - paciente psicológica y físicamente, colgar el frasco de so - lución en el tripié, puncionar la vena como se indicó en - la inyección endovenosa usando la aguja conectada al tubo - y sólo en caso de que la vena no sea muy accesible usar la - jeringa, fijar la aguja después de canalizar bien la vena - y abrir la llave del tubo regulando el goteo, terminar de -

fixar la venoclisis dejando visible el sitio de la punción y asegurando el miembro con la férula, recoger el excedente del equipo y dar cuidados posteriores informar la hora de aplicación, reacciones, cantidad y goteo del líquido.

Acción de enfermería.

Enema evacuante y ayuno.

La aplicación del enema evacuante se realiza con la finalidad de mantener vacío el intestino para evitar su - funcionalidad, horas antes y después de la cirugía, para - prevenir que el paciente vaya evacuar durante el tansoperatorio y el postoperatorio inmediato en el cual las heridas y los puntos de sutura están frescos y evitar de esta forma lesionar la región operada y prevenir una posible hemorra - gia.

El enema está compuesto por sales de magnesio y de - sodio, su efecto se debe a que retienen gran cantidad de - agua, lo que estimula la peristalsis. Se estima que 15 gra - mos de alguna de estas sales retienen de 400 a 500 milili - tros de líquidos.

Para la aplicación del edema vamos a utilizar un - irrigador, sonda de neelátón del No. 26 al 30, gasas, enema, guantes, jalea lubricante, bandeja, cómodo, papel sanitario y toallas de papel.

El ayuno se realiza con la misma finalidad de no pro

porcionar alimentos al intestino para mantenerlo inactivo y disminuir la peristalsis.

Técnica para la aplicación del enema evacuante.

Lavarse las manos, preparar el equipo, trasladarlo a la unidad del paciente, identificar al paciente, explicar al paciente que se le va administrar un enema y explicar en qué consiste el procedimiento, colocar al paciente en posición de Sims, preparar el cómodo, calzarse los guantes y lubricar la sonda, descubrir la región, separar los glúteos e introducir la sonda de 10 a 15 cm. del ano siguiendo la dirección del recto, elevar y mantener el irrigador de 30 a 60 cms. del sitio de la introducción, abrir la llave y regular la entrada de líquido, si hay tolerancia cerrar la llave y esperar a que pase el espasmo, al terminar de pasar el líquido retirar la sonda lentamente, limpiarla con papel sanitario y colocarla en la bandeja, retirar el equipo de la unidad y dar los cuidados posteriores a su uso, retirar el cómodo y observar las características de la evacuación, lavar las manos del paciente, dejar cómodo al paciente, hacer anotaciones de enfermería, fecha y hora, características de la evacuación, reacción del paciente.

## Período Transoperatorio

### Posición operatoria

La posición más adecuada en cirugía ano-rectal es el decúbito ventral, con la mesa angulada, de modo que el pubis quede a nivel del vértice o ángulo de la mesa, y el tronco del enfermo en posición de Trendelenburg. Cuando no se dispone de una mesa que permita la angulación, se emplea la posición horizontal, con cojines a nivel de la pelvis.

La posición de litotomía o ginecológica se reserva para algunos casos de fístulas o abscesos anteriores al ano, para el tiempo perineal de la resección abdomino-perineal o de algunas intervenciones para prolapso rectal y para enfermos en los que el decúbito ventral está contraindicado u ofrece riesgos, como obesos y embarazadas.

### Instrumental y material de sutura.

Son necesarios.

- a) Equipo de cirugía general
- b) Espejo rectal operatorio de Fansler
- c) Un gancho de cripta
- d) Estilete flexible
- e) Cadgut atraumático 00 ó 000; rara vez se necesita otro material de sutura.

## Principios quirúrgicos generales en cirugía ano-rectal.

El cumplimiento de un conjunto de principios quirúrgicos asegura el éxito de la operación, cualquiera que ella sea, y la consecución de un período postoperatorio sin complicaciones. Su olvido condena al enfermo a sufrir serios problemas postoperatorios.

En su mayor parte, estos principios están condicionados por la anatomía y fisiología de la región y por factores individuales; ellos son la existencia de una zona cutánea y una mucosa, la distribución local de la sensibilidad al dolor, la constante exposición de las heridas a las materias fecales y la estabilidad del sistema nervioso del enfermo.

El manejo cuidadoso y delicado de los tejidos, especialmente piel, es principio fundamental; todos los cortes, tracciones, deben ser ejecutados con precisión y movimientos suaves, evitando a toda costa la brusquedad, violencia, traumatismos innecesarios y prisa.

Los pinzamientos para tracción deben ser reducidos al mínimo posible; pueden aplicarse en el fondo de la herida o en la piel que se reseca, pero no en la que va a conservarse.

La hemostasia de las heridas cutáneas se realiza satisfactoriamente en la mayoría de los casos por medio de -

la compresión; cuando ésta es insuficiente se emplea el pinzamiento por medio de instrumental fino; los puntos se reservan para los vasos gruesos, especialmente arteriales. Tanto los pinzamientos como los puntos se aplican invariablemente en el fondo de las heridas, nunca en piel. Los puntos de hemostasia deben ser superficiales, para evitar la formación de elevaciones o depresiones, que favorecen la infección postoperatoria; los puntos de transfixión con cadgut fino 00 ó 000 son los más adecuados para este propósito. Cuando es posible, se evita la sutura en fibras musculares esfinterianas. La hemorragia de la porción mucosa de las heridas se cohibe siempre por medio de sutura, ya sea surgete o punto aislado, con cadgut fino.

La piel del conducto anal y la mucosa rectal son elásticas y exigen una cuidadosa medición de la extensión de tejido que va a researse, sin excederse para evitar que la retracción aumente la superficie de la herida; la cantidad de superficie reseca influye en grado importante en la frecuencia de complicaciones postoperatorias, puesto que a mayor resección, mayor dolor y mayores posibilidades de estenosis anal o rectal como secuela tardía. Esto no significa que la conducta contraria sea la correcta y se reseque sólo una mínima cantidad de tejido.

Todas las heridas deben ser reguladas, con bordes bajos, esfumados biselados y fondo plano, para que canalicen-

correctamente; si este principio no se cumple, la infección, edema y dolor son su consecuencia.

Los bordes de las heridas sólo se suturan en su porción mucosa; las heridas cutáneas quedan siempre abiertas= la sutura de la piel produce dolor post-operatorio muy intenso, encierra material infectado que no se elimina y provoca cicatrización defectuosa.

Cuando es necesario resecar tejido en dos sitios muy próximos entre sí, es indispensable dejar un puente de piel y mucosa entre ambas heridas, aunque sea muy angosto. La unión de las dos heridas, constituyendo una sola, deja una superficie denudada muy amplia, que expone a diversas complicaciones, especialmente estenosis; esta regla es particularmente importante en los casos en que se hacen varias heridas, como en hemorroidectomía, fistulectomía y hemorroidectomía fisurectomía y hemorroidectomía.

El aparato esfinteriano debe ser siempre manejado con delicadeza; su laceración o dilatación excesiva motivan casi invariablemente pronunciando espasmo post-operatorio.

La limpieza de la sangre que escurre al recto durante una operación es también principio importante; es irritante y contribuye a aumentar las molestias postoperatorias.



Todas las anomalías presentes en cada caso deben ser tratadas, aunque algunas no sean el motivo de la operación ni responsables de manifestación clínica alguna. Los casos que sufren un sólo tipo de lesión son raros, lo frecuente es la combinación de varias hemorroides e hipertrofia papilar, fístula ano-rectal y hemorroides, fisura anal con hemorroides y papila hipertrófica, y otras; estos casos requieren hemorroidectomía y papilectomía, fistulectomía y hemorroidectomía, en un solo tiempo quirúrgico.

La destrucción de las criptas (criptotomía), independientemente de la operación realizada, es una medida de gran valor profiláctico, que debe ser practicada en todos los casos.

Al final de toda operación rectal se coloca una tira de hule, desde el ámpula rectal hasta el exterior, para canalización de la sangre que no haya sido retirada durante la operación, nunca deben de utilizarse tubos gruesos, que son de extracción extraordinariamente dolorosa y utilidad nula.

#### Tratamiento quirúrgico.

La hemorroidectomía es el tratamiento de elección

#### Hemorroidectomía

Una vez introducido el espejo operatorio, se hace una observación cuidadosa con objeto de precisar las caracte

terísticas u número de hemorroides y la existencia de patología agregada.

1.º tiempo. Se pinza la porción externa de la hemorroide en su parte más prominente y se tracciona para hacer más superficial y accesible la porción interna, que también es pinzada y trascionada con objeto de exponer la zona correspondiente al pedículo hemorroidario, que se observa como una elevación alargada paralela al eje longitudinal del recto.

2.º tiempo. Con cadgut atraumático 0 ó 00, se coloca un punto de ligadura a una distancia de 2cm. o pocos milímetros más de la línea ano-rectal; en ningún caso esta distancia de 2 cm. debe ser menor. El punto debe incluir unos 3 mm. de espesor de la elevación que corresponde al pedículo hemorroidario, para ligarlo totalmente. Se anuda el cadgut, se corta el cabo menor y se deja a un lado el extremo largo, que tiene la aguja.

3.º tiempo. Se halan las pinzas que sujetan la porción externa y se inicia la resección con un corte de bisturí en huso, teniendo especial cuidado en resecar la cantidad necesaria de tejido; la extensión de esta resección es variable y depende de las dimensiones y número de hemorroides. Hecho el corte en la piel, se disecciona y secciona con tijeras debajo de la hemorroide, evitando la lacera -

ción del esfínter interno, que se hace muy superficial - con la tracción; el plano de disección pasa entre la hemorroide y el músculo. Se continúa la resección con la porción interna, siguiendo la misma técnica, con un corte en forma de V, de modo que el vértice corresponda al punto en que se ligó el pedículo.

4o. Tiempo. Con el cabo largo del cadgut, se sutura la mucosa rectal con surgete continuo y se termina a ló 2 mm. de la línea ano-rectal, donde se anuda y se corta. La piel no se sutura y queda una herida externa en forma de hueso. La sutura de mucosa nunca debe prolongarse a la piel, con objeto de evitar dolor postoperatorio.

Se repiten estas maniobras en las otras hemorroides. Habitualmente hay tres hemorroides, llamadas primarias, una izquierda y dos derechas (anterior y posterior). De ellas dependen las llamadas secundarias, que pueden dilatarse hasta alcanzar dimensiones mayores que las primarias, cuando existen estas hemorroides secundarias, son también reseca- das con la técnica descrita, pero sólo en caso de las heridas; si no es posible dejar este puente para evitar que quede una gran superficie de tejido desnudo, se practica la resección subcutánea y submucosa.

Si existe patología agregada, se completa la operación con su tratamiento.

La hemorroidectomía descrita es la de uso rutinario y está indicada en la gran mayoría de los enfermos. En algunos casos puede agregarse una maniobra de gran utilidad en la prevención del dolor postoperatorio, que consiste en la sección parcial del esfínter interno, llamada esfinterotomía. Su efecto es la supresión, o al menos disminución - considerable, del espasmo esfinteriano postoperatorio, que es el responsable principal del dolor.

La esfinterotomía está indicada únicamente en enfermos con tono esfinteriano normal o aumentado. Esta francamente contraindicada en hipotonía esfinteriana.

Para ser realizada correctamente, esta maniobra exige conocimiento preciso de la anatomía y fisiología de la musculatura anal.

Es un tiempo quirúrgico simple y rápido. Una vez concluida la hemorroidectomía habitual, se practica el corte en la comisura posterior del conducto anal, nunca en la comisura anterior. Puede aprovecharse una de las heridas de la hemorroidectomía o hacer una expofeso; se secciona la porción de músculo situado debajo de la línea ano-rectal y se reconoce que ha sido dividido en todo su espesor cuando ya no se observan fibras musculares transversales en el fondo de la herida, sino una aponeurosis suave y fina, que cubre el músculo longitudinal conjunto.

### Hemorroidectomía submuco-cutánea.

Esta técnica es excelente para reducir al mínimo las molestias postoperatorias y es recomendable si se tiene experiencia en cirugía ano-rectal.

Consiste en la extirpación de las hemorroides por vía subcutánea y submucosa, sin resección de piel o mucosa. Es más laboriosa y prolongada que la hemorroidectomía común y requiere el empleo de una solución de adrenalina en suero fisiológico al 1 por 200, 000 con objeto de reducir o suprimir la hemorragia y facilitar la desecación de los vasos dilatados y su aislamiento de piel y mucosa lera. tiempo. Se inicia con la ligadura del pedículo hemorroidario, en la misma forma y con los mismos requisitos que en la técnica habitual.

2º. Tiempo. Con una jeringa de 10 cc. y aguja del número 23, se infiltra la solución de adrenalina y suero en el espacio subcutáneo y submucoso, empezando con la porción interna suelen bastar de 3 a 4 cc. en la porción externa y 4 a 5 en la interna; la introducción del líquido produce un considerable aumento de volumen y decolora la zona infiltrada.

3º. tiempo. La ligadura inicial y la pinza que refiere la porción externa son los puntos de referencia que-

han de utilizarse para hacer una incisión a todo lo largo de la hemorroide.

4º tiempo. Con pinza de Allis, se traccióna y separan los bordes de la mucosa incindida y se expone la región donde yace la porción interna de la hemorroide. Con tijeras se disecciona el vaso hemorroidario y se aísla desde la ligadura a la línea ano-rectal. la porción externa es sujeta a las mismas maniobras y la hemorroides queda expuesta en su totalidad.

5º. tiempo. El vaso se secciona a ras de la ligadura inicial y se retira; es corta el cadgut.

6º. tiempo. Con objeto de facilitar el drenaje de la herida externa, se reseca un pequeño fragmento cutáneo de forma romboidal en el extremo distal de la incisión, lejos del orificio anal.

7º. tiempo. Si ha habido desgarro de la mucosa o piel producido por las pinzas de tracción, se regularizan los bordes, no se aplica punto de sutura alguno a la mucosa o piel.

### Tratamiento quirúrgico de la trombosis única.

Es sencilla y se hace con anestesia local, infiltrando unos 3cc. de la solución de novocaína o procaína al 1 ó 2; se aplica la aguja en un punto situado a unos 15 milímetros del extremo distal de la tumoración y se dirige a uno y otro lado. Se practica una incisión fusiforme alrededor y se reseca la tumoración, incluidos el coágulo subcutáneo y la piel que lo cubre.

### Trombosis múltiple.

Esta complicación es tributaria del tratamiento médico, pero se incluye debido a que en ocasiones se considera como una emergencia quirúrgica. El tratamiento operatorio de la trombosis múltiple está contraindicado por las siguientes razones:

a) Los tejidos son sumamente friables y difícilmente puede asegurarse que no ocurra una hemorragia masiva; b) el volumen de los tejidos edematosos hace muy difícil un buen drenaje postoperatorio de las heridas que para lograrlo exigiría una resección demasiado extensa; c) La posibilidad de una infección seria, siempre está presente; d) Se favorece la ocurrencia de pile-flebitis o desprendimiento de algún trombo hacia la circulación general.

El tratamiento quirúrgico debe llevarse a cabo una vez que el proceso agudo ha cedido y los tejidos recuperan su normalidad.

## Cuidados postoperatorios inmediatos

Los aspectos que requieren mayor atención son el dolor, la reanudación de la función intestinal, alimentación, la estabilidad de sistema nervioso del enfermo y el cuidado y evolución de las heridas quirúrgicas.

### Acciones de enfermería.

a) Aplicación intramuscular de un analgésico potente, que no contenga morfina, codeína u otra droga similar, cada 6 u 8 hrs., a solicitud del enfermo.

El analgésico no debe producir somnolencia y embotamiento del sistema nervioso del enfermo, porque puede impedir o reducir la alimentación en este día, inhibir el peristaltismo intestinal, producir meteorismo, evitar la deambulación y favorecer la paresia vesical; los medicamentos a base de pirazonas cumplen estos requisitos y deben aplicarse en cuanto el enfermo empieza a manifestar dolor.

b) Alimentación a base de jugos, té, pures de frutas, legumbres, sopas de todas clases, pollo, pescado, jamón, pan tostado, gelatinas, esta dieta se prescribe en todos los enfermos en que la anestesia a sido regional y se les indica que coman lo que les apetscan dentro de ella. En caso de anestesia general, se limita a jugos de frutas, té atole sin leche y gelatinas, para evitar la posibilidad de vómitos.



Es indispensable que la alimentación se inicie pronto para favorecer la reanudación intestinal a las 48 a 72 horas y no más tarde, en que las materias fecales se endurecen y traumatizan excesivamente las heridas. La alimentación completa al día siguiente es generalmente bien recibida por los enfermos no temerosos, que en este día puedan tener excelente apetito; otros prefieren una ración frugal por temor a la evacuación; en estos últimos la enfermera debe insistir y convencerlos de los daños que causa la falta de volumen en el contenido intestinal. El uso de laxantes mecánicos es optativo en enfermos que tienen funcionamiento intestinal normal, pues suelen readaptarlo espontáneamente en tiempo oportuno; en los constipados, su empleo es indispensable.

Nunca debe de utilizarse un laxante que provoque evacuaciones líquidas o semilíquidas, altamente irritantes para las heridas.

c) Levantar al enfermo a las 8 horas de la intervención.

La deambulación no produce molestias alguna después de la operación en los casos en que se ha empleado anestesia regional; los enfermos sujetos a anestesia general sufren mareos en algunas ocasiones y es conveniente que sean ayudados a caminar. La evacuación también es estimulada por la deambulación temprana, que a su vez propicia la mic

ción, en caso de no haberse efectuado antes de transcurrir las 8 horas en que el enfermo permanece en cama después de la operación.

d) Vigilancia y retiramiento del taponamiento ano-rectal.

Como ya habíamos mencionado anteriormente el taponamiento consta de gasas vaselinadas que evita que se adhieran a la herida y cubiertas por gasas secas, oprimiendo la herida y los gluteos por medio de una tela adhesiva, con la finalidad de favorecer la hemostasia, durante 8 horas, que se considera el tiempo necesario o suficiente para prevenir un supuesto sangrado, transcurrido el tiempo se retira el taponamiento y se revisa que no haya sangrado, en caso contrario se aplica nuevo taponamiento durante 4 horas, en caso de persistir el sangrado se sutura los vasos sangrantes con catgut del 00 6 000.

e) Cuidado y limpieza de la herida quirúrgica.

El cuidado de la herida se realizará cuidando al máximo de realizar movimientos bruscos o separar bastante las piernas los primeros días, evitar subir escaleras y correr para evitar la ruptura de las suturas.

La limpieza se realizará por medio de los sediluvios, explicándole al paciente como debe de realizarlos.

Los baños de asiento o sediluvios deben ser de agua - poco más que tibia así se indica textualmente a los enfermos insistiendo en que se evite al agua tan caliente como se soporta, se aplican tres aludía, durante unos diez minutos cada uno y se instruye al enfermo para separar con sus manos los glúteos durante los baños, con objeto de obtener un mejor contacto del agua con las heridas, separar sus bordes y favorecer una buena limpieza. Si el enfermo lo desea, se le autoriza a que se aplique hasta seis en un día. El calor produce sensación agradable, calma el dolor o molestia y proporciona un benéfico efecto sedante.

Todas estas medidas tienden a producir en el enfermo sensación de tranquilidad y le ayudan a combatir el temor que sufre; el bienestar que casi siempre goza en este día debe ser recalcado por la enfermera, con objeto de despertarle más confianza, que le será sumamente útil en los días siguientes.

Segundo día postoperatorio.

La prescripción es la misma del día anterior; generalmente en este día se realiza la primera evacuación y se indica al enfermo que la efectúe con el esfuerzo que siempre ha sido habitual en él, sin excederlo para evitar molestias innecesarias, y se aplique un baño de asiento inmediatamente después de concluida, que generalmente basta para combatir el dolor que puede haber, si no es sufi -

ciente, se recurre a los analgésicos.

Días siguientes:

El tratamiento e indicaciones son las ya anotadas. Sólo debe insistirse al paciente, que es dado de alta del hospital a las 48 ó 72 horas de la operación, en que siempre se aplique su baño de asiento después de cada evacuación y continúa con alimentación completa sin irritantes, los baños de asiento se emplean hasta que termina la cicatrización.

Dilatación digital

Se inicia con la primera evacuación, que en la porción de herida situada en el conducto anal hace el papel de la gasa humedecida en la porción externa; separa los bordes y aplana el fondo. Esta acción como es fácil comprender, sólo puede realizarse una evacuación bien formada, nunca líquida o semilíquida.

A los 7 y 8 días de la operación se hace la primera dilatación digital, que se repite cada 3, 4 ó 5 días, según la evolución del enfermo. Esta conducta es la rutinaria, pero puede modificarse en las siguientes circunstancias:

a) Se inicia el noveno o décimo día y se repite cada-

6 ó 7 días en los enfermos que han tenido un período postoperatorio especialmente benigno.

b) Se inicia al sexto día o aun al quinto en aquellos operados que están sufriendo dolor más intenso del correspondiente, a estos días el dolor excesivo suele ser debido a infección de las heridas por retención de material infectante en cavidades formadas por puentes de granulación no destruidos por el paso de las materias fecales;

La dilatación sí lo hace y establece un drenaje adecuado que produce una considerable disminución del dolor a partir de la siguiente evacuación. En estos enfermos es recomendable la aplicación de un analgésico potente una hora antes del momento de efectuar la maniobra.

La dilatación es también útil en otros aspectos:

a) Previene la estenosis anal y coadyuva en lo que podría llamarse el moldeado del conducto anal; esto es particularmente aplicable en los casos de resección muy amplia.

b) Permite la exploración de las heridas en toda su extensión, inclusive su porción mucosa.

c) Descubre oportunamente la posibilidad de formación de un impacto fecal.

d) Proporciona al cirujano el conocimiento de la verdadera evolución del enfermo.

Las dilataciones se suspenden al término de la cicatrización.

## C O N C L U S I O N E S

Las hemorroides son más frecuentes de los 30 a 50 -- años de edad y abarca ambos sexos.

El 90 % de la población padece de hemorroides asintomáticas, unicamente en un 15% evolucionan y un 30% acude al médico a las primeras manifestaciones.

Sería de gran utilidad educar a la población sobre -- el padecimiento, principalmente a la población susceptible, esto ayudaría a tener un mejor control sobre el padecimiento.

La única causa comprobada que ocasiona las hemorro*ides* es la infección anal, los demás factores son únicamente desencadenantes.

La mínima importancia que el paciente da a su padecimiento ocasiona que cuando acude a consulta en lugar de tratamiento clínico requiere tratamiento quirúrgico.

Para realizar un buen diagnóstico y detectar las necesidades del paciente es necesario aplicar una buena historia clínica proctológica.

El manejo de los pacientes proctológicos en una misma sala o servicios, nos facilita su manejo y ayuda al paciente

te para que se identifique con sus demás compañeros que ya fueron operados, facilitando la convivencia y la ayuda mutua entre ellos.

La hemorroidectomía es el tratamiento de elección en las hemorroides mixtas trombosadas.

Los factores predisponentes de acuerdo a las estadísticas de este hospital son: el embarazo, estreñimiento, - sedentarismo, ocupación: choferes y oficinistas, diarrea - persistente, malos hábitos higiénicos y dietéticos.

Un buen manejo en el postoperatorio inmediato y medio evita complicaciones en el paciente y disminuye las molestias y el tiempo de recuperación.

Los cuidados Post -operatorios requieren de preparación teórico-práctica por parte de la Enfermera, además - de tiempo para proporcionarlos.

El aspecto Psicológico es necesario tomarlo en cuenta al ser una cirugía traumática por los síntomas postoperatorios que tiene el paciente.

Abarcar el aspecto social ayuda a el paciente a tener confianza con el paciente, familia y amistades, haciendo - que olvide pudores y timidez al convivir con los demás.



La información que se le brinda al paciente sobre su padecimiento y cuidados postoperatorios, motiva hace que el paciente ayude a su tratamiento y facilita su rápido -- restablecimiento de la salud.

Fomentar actividades recreativas o culturales en los pacientes, ocasiona que enfoque su atención sobre otras actividades que no sean su padecimiento.

La lectura es una fuente del conocimiento que fomenta nuevos hábitos y aprendizaje en pacientes que les gusta leer. Una cirugía correcta, con los cuidados postoperatorios adecuados y necesarios evita al máximo las complicaciones, aún siendo la más difícil o dolorosa.

## B I B L I O G R A F I A

Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C.  
Documentos Básicos sobre Proceso de Atención de Enfermería.

México, 1976

87 pp.

AVENDAÑO ESPINOZA OCTAVIO.

Proctología

México, Impresiones Modernas, 1975

214 pp.

BRASIL G. MORSON

Enfermedades del Colón, Recto y Ano.

Traduc. Dr. A. Jornet Cases.

España, Edit. Jims, 1972.

395 pp.

BRUNNER SHOLTIS LILLIAM.

Enfermería Práctica.

Traduc. Dr. Arnulfo Ramos.

México, Ed. Interamericana, 1982.

1,250 pp.

CATHERINE PARKER ANTHONY

Anatomía y Fisiología.

10. ed.

Traduc. Santiago Sapiña.

México, Ed. Interamericana, 1984.

724 pp.

FARRERAS VALENTI P.

Medicina Interna.

9a. Ed. 4a. Reimpresión.

TOMO I

México, Ed. Marpin, 1980.

1,098 pp.

FARRERAS VALENTI P.

Medicina Interna.

TOMO II

México, Ed. Marpin, 1980

1,155 pp.

GODMAN GILMAN ALFRED.

Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica

6 Ed. Ira. Reimpresión.

Traduc. Dr. Daniel Landes.

Argentina, Ed. Médica Panamericana, 1982.

1,756 pp.

MC. GHEL HARVEY

Tratado de Medicina Interna

19 Ed.

Traduc. Mc. Gehel Harvey

México, Ed. Interamericana, 1978.

1655, pp.

MEYERS H. FREDERIK

Manual de Farmacología Clínica

4a. ed.

Traduc. Armando Soto Rodríguez.

México, Ed. El Manual Moderno, 1980.

869 pp.

PEERMAN NESSELROD J.

Proctología Clínica

México, Ed. Interamericana, 1978.

304 pp.

ROBBINS.

Patología Estructural y Funcional

6a. Ed.

México, Ed. Interamericana, 1981.

1,516 pp.

SEGATORE LUIGI

Diccionario Médico.

Traduc. Dr. Rafael Ruiz Lara

España, Ed. Teide, 1980.

1,281 pp.

SMITH W. DOROTY

Enfermería Médico Quirúrgica

4a. ed.

Traduc. Carlos Ottenealder Gerhard.

México. Ed. Interamericana, 1981.  
1,096 pp.

THORN W. GEORGE

Medicina Interna Harrison.

5a. Ed. 3ra. Reimpresión.

Tomo I.

México, Ed. Fournier, 1982.

1,330 pp.

THORN W. GEORGE

Medicina Interna Harrison

5a. Ed. 3ra. Reimpresión.

Tomo II

México, Ed. Fournier, 1982.

2,499 pp.

TORTORA GERAND J.

Principios de Anatomía y Fisiología.

3 Ed.

Traduc. Humberto Janer Ruiz.

México, Ed. Harla 1984.

1,030 pp.

WESTON D. GARDNER.

Anatomía Humana

3a. Ed.

Traduc. Alejandro Teran

México, Ed. Interamericana, 1984

540 pp.

A N E X O S

## Historia natural de las hemorroides

Factores del Agente	<p>Exógenas: Alimentación excesiva en irritantes y grasas.</p> <p>Endógenas Fisiológicos Hereditarios</p>	Dilatación de las ramificaciones de las venas hemorroidales.
Factores del Huésped	<p>Tendencia familiar Edad: 30 a 50 años Sexo: ambos sexos Alimentación Ocupación: choferes y oficinistas</p> <p>Vida sedentaria Obesidad Embarazo y parto</p> <p>Patrones culturales Factores sociales y económicos. Tipo de comunidad (más frecuente en la urbana). Disponibilidad de los alimentos Facilidades médicas</p>	
Estímulo desencadenante		
PERIODO PREPATOGENICO		
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN
Promoción Salud	Protección Específica	Diagnóstico Temprano
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sanitaria y nutricional</li> <li>- Exámenes periódicos a grupos susceptibles.</li> <li>- Fomentar hábitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la higiene personal y alimenticia.</li> <li>- Saneamiento ambiental.</li> <li>- Establecer actividad física</li> <li>- Evitar sedentarismo</li> <li>- Adecuado control de embarazo y parto.</li> <li>- Estudio de antecedentes familiares hereditarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de casos descubiertos en campañas y consulta general.</li> <li>- Exámenes selectivos a grupos susceptibles.</li> <li>- Historia clínica e investigación de la familia.</li> <li>- Tratamiento oportuno.</li> </ul>

<p>Signos y síntomas inespecíficos dolor a la defecación tumoración prurito anal inflamación</p>	<p>signos y síntomas específicos hemorragia Prolapso al defecar dolor excesivo secreción serosanguinolenta hematoma subcutáneo</p>	<p>Complicaciones Anemia Dolor excesivo Infección agregada Estenosis Impacto fecal Incontinencia esfínterica fisura anal Fístula subcutánea</p>
<p>Curación espontánea</p>		<p>HORIZONTE</p>
<p>CLINICO</p>		
<p>PERIODO PATOGENICO</p>		
<p>SECUNDARIA</p>	<p>Limitación de la Incap.</p>	<p>TERCIARIA</p>
<p>Tratamiento Oportuno</p>	<p>- Vigilar la respuesta al tratamiento post-operatorio: - taponamiento rectal - Sediluvios - Dieta blanda c/fibras - Deambulaci6n - Aceite mineral y nu - bain - Psicoterapia - Vigilar complicaciones</p>	<p>Rehabilitaci6n</p>
<p>- y control del paciente y familiares mediante: - Dieta balanceada - Establecer ejercicio ffsico adecuado. - Psicoterapia - Tratamiento Paleativo analgésicos, sediluvios. - Tratamiento Curativo cirugía: Hemorroidectomía.</p>		<p>- Instrucciones para continuar tratamiento en domicilio - Consejos y apoyo moral para lograr la reintegraci6n a la vida familiar, laboral y social lo más pronto posible.</p>



**PLAN DE CUIDADOS**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre del paciente S. I. L.  
Edad 30 Fecha de Ingreso 16 de Marzo de 1986  
Sexo Femenino Servicio Proctología Cama 011  
Diagnóstico Médico Hemorroides mixtas trombosadas  
Objetivo del Plan en base al Problema Brindar al paciente to-  
dos aquellos cuidados de enfermería propios de su padecimiento.  
Evitar al máximo posibles complicaciones.

Diagnóstico de Enfermería.

Inicia hace 8 años, con dolor e inflamación de la región anal, días después al evacuar presenta salida de sangre fresca, aproximadamente 10 ml., desaparece la sintomatología, al iniciar la menstruación e ingerir alimentos irritantes al cuadro clínico se repite, desaparece lentamente sin tratamiento alguno, durante cinco años.

Hace 3 años al comenzar control natal con anti conceptivos hormonales orales, se repite el cuadro clínico aumentando progresivamente las molestias al evacuar, disminuyendo lentamente después de la misma hasta desaparecer

El tres de marzo del presente año al iniciar la menstruación nota ligera inflamación de la región ano-rectal, repitiendo la sintomatología el día 8 de marzo al inyectarse un anticonceptivo hormonal intramuscular (perlutal), agregándose al cuadro clínico sangrado fresco en regular cantidad acompañando a las evacuaciones por lo que acude a su clínica de adscripción, donde diagnostican hemorroides la prescriben lidocafna con hidrocortizona, fenilbuta

zona, acido acetil salicilico y sediluvios, con dicho tratamiento no mejora, motivo por el cual acude al servicio de urgencias al hospital teca machalco, por lo que se interna para el tratamiento quirúrgico de hemorroides mixtas trombosadas.

Problema	Manifestaciones del Problema	Fundamentación Científica	Necesidades	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Rectorrafia	Hemorragia Rectal abundante posterior a la evacuación.	La infección anal, al presentarse un traumatismo fecal ocasiona la dilatación y adelgazamiento de las venas hemorroidales las cuales evolucionan, si no hay tratamiento médico formando trombos que con el transcurso del tiempo se rompen y al realizar un	Inhibir el sangrado	Participación en la colocación del taponamiento rectal durante 8 Hs. - Vigilancia y retiro del taponamiento. - Sediluvios	a) Presentarse ruptura de vasos sanguíneos favorecer la hemostasia por medio de la compresión de los mismos a través del taponamiento rectal. Los sediluvios deben de ser poco más que	Al retirar el taponamiento rectal 8 hrs. después de su aplicación el paciente no presentó sangrado de la región ano rectal y tuvo notables mejoría.

Problema	Manifestaciones del Problema	Fundamentación Científica	Necesidades	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
		esfuerzo ocasionando sangrado o hemorragia.			tibios el calor produce sensación agradable, calma el dolor y proporciona un benéfico efecto sedante	
Dolor	Dolor constante - tipo ardoroso en la región ano-rectal.	La piel peri-anal anal, del conducto anal y línea ano-rectal está inervada por ramas muy numerosas y finas procedente de los flexos-hipogastro y sacro. Lo que explica que dichas regiones sean sensibles al dolor.	Mitigar el dolor	Aplicación de analgésico: dipirona.	La dipirona alivia el dolor o efecto periférico actúa directamente sobre el sistema nervioso central; al inhibir la síntesis de prostalándinas inhibe la sensibilización de los receptores del dolor a estímulos externos.	El dolor disminuyó considerablemente llegando a ser muy leve, no se tuvo la necesidad de aplicar analgésicos I.M. constantemente.
Estreñimiento	Dificultad para evacuar. Esas heces duras	En el momento en el que el contenido intestinal llega al intestino grueso, tanto	Favorecer la evacuación	Dieta blanda - rica en fibras más abundantes líquidos. Deambulación.	Una dieta adecuada acompañada de ejercicios de la pared abdominal y la deambulación, favorece	La paciente presentó esas heces blandas y formadas.

Problema	Manifestaciones del Problema	Fundamentación Científica	Necesidades	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Inestabilidad emocional	Irritabilidad, inquietud y temor.	<p>la digestión - como la absorción están casi completas, factores externos tales como una mala alimentación y malos hábitos para defecar la disminuyen y dificultan.</p> <p>Este padecimiento hace del enfermo una persona pusilánime, fácilmente excitable, víctima de espasmos esfinterianos con temor a la evacuación.</p>	Atención emocional.	Brindar apoyo emocional al paciente.	<p>recen la estimulación de los movimientos peristálticos y favorecen la expresión de eses fecales blandas y bien formadas.</p> <p>El apoyo emocional a través de fomentarle actividades que lo mantengan ocupado y lo distraiga, le permite olvidarse por momentos de su padecimiento.</p>	El paciente estuvo tranquilo y se interesó también en saber más acerca de su padecimiento.

Problema	Manifestaciones del Problema	Fundamentación Científica	Necesidades	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Aislamiento	Falta de comunicación con sus demás compañeros, amigos y familiares.	El paciente sometido a cirugía se tiende a volverse anti-social o introvertido por el pudor que siente cuando sus familiares y amistades le preguntan de que lo van a operar.	Lograr que el paciente se comunique con el personal - amigos y familiares.	Orientar al paciente sobre su padecimiento y la forma en que nos pueda ayudar. Motivarlo para que conviva con sus demás compañeros amigos y personal del hospital.	- Se considera de gran utilidad que el paciente que relacione y comunique con sus compañeros de cuarto, por que al tener el mismo padecimiento se orientan y brindan ayuda mutua, haciendo menos traumática su situación.	Logramos que se relacionara con sus compañeros de cuarto y que convivieran con sus familiares y amistades, logrando un ambiente de compañerismo y amistad.

#### IV. VISITA DOMICILIARIA

##### 1. Datos de la persona que se visita:

- a. Nombre: S.L.L
- b) Edad: 30 años
- c. Sexo: Femenino
- d) Ocupación: Docente en Educación Física.
- e. Servicio al que se asiste: Consulta Externa
- f. Problema de salud actual: Hemorroidectomía

##### 2. Objetivos de la visita domiciliaria:

- a. Conocer el estado actual del paciente
- b. Valorar que el paciente esté realizando los cuidados indicados.
- c. Conocer las condiciones de vida del paciente para saber de qué manera influyen en su tratamiento.
- d. Conocer la participación familiar en la recuperación del paciente.

##### 3. Actividades realizadas en la visita domiciliaria.

- a. Al llegar a su domicilio se identificó plenamente el paciente el cual se mostró interesado en la visita; posteriormente se le interrogó con respecto a su padecimiento, mencionando que actualmente acude al servicio de consulta externa de proctología una vez por semana, pero no obstante realiza los cuidados que se le indicó en el hospital.

- b. También se entabló un diálogo para saber como participa ella en la rehabilitación, dice que por lo regular siempre está pendiente de todas y cada una de las actividades que se le indicaron en el hospital para su completa recuperación.
  - c. Las condiciones de vida del paciente son aceptables la única limitante que se encontró es que en ocasiones no cuenta con agua intradomiciliaria por lo que tiene que acudir a la casa de sus familiares para darse los baños de asiento necesarios.
  - d. Los padres y hermanos del paciente participan en forma positiva en su rehabilitación y muestran interés por ayudarlo, como mencionamos anteriormente el paciente ha recurrido a ellos para ciertos cuidados necesarios e indispensables para su recuperación.
4. Observaciones realizadas durante la visita.
- a. Ambiente; durante mi estancia en el domicilio del paciente pude observar que las condiciones en las que vive no son del todo satisfactorias; efectivamente, como se menciona en la historia clínica, las características de la vivienda son reales, pero los hábitos higiénicos-personales los tiene que realizar en la casa de sus padres al carecer de agua intradomiciliaria en forma continua.



b. Por lo que respecta al estado actual del paciente, se observa que físicamente está bien, por lo que se refiere a su padecimiento va evolucionando satisfactoriamente, se observa buena cicatrización de las heridas quirúrgicas, las evacuaciones son sin molestias y el dolor ha disminuido considerablemente.

5. Instrucciones que se dieron:

a. Al paciente se le hizo notar que es muy importante el asistir a la consulta externa, pues gran parte del tratamiento depende de ésta, y que no falte por ningún otro motivo pues ésto causaría retraso en el tratamiento que hasta ahora ha sido bastante bueno.

b. Por otra parte, se le dijo al paciente que cuando regrese a su trabajo posiblemente le resultaría difícil, pero que sin embargo contaría con el apoyo de sus compañeros y que poco a poco se reintegraría a su ritmo de vida normal que no se preocupara por ese aspecto.

## GLOSARIO DE TERMINOS

- APONEUROSIS:** Membrana fibrosa, blanda, luciente resistente que sirve principalmente de envoltura a los músculos o para unirlos.
- BILIRRUBINA:** Pigmento biliar rojo que se halla en estado de bilirrubinato sódico en la bilis y en forma de bilirrubinato cálcico.
- BIOPSIA:** Observación microscópica de la estructura histológica de un trozo de tejido extirpado quirúrgicamente de un organismo, con objeto de reconocer su estructura.
- BOLO:** Masa de alimento masticado e insalivado, en estado de ser deglutido
- CAPILAR:** Cualquiera de los diminutos vasos que conexionan las arterias con las venulas y forman una red casi en todas las partes del cuerpo.
- CRIPTA:** Pequeñas fositas o bolsas en la superficie de la mucosa del recto.

**DEFECACION:** Descarga de materias fecales del -  
intestino por el ano.

**DEFECACION FRAGMENTARIA:** Estado en que cada pocas horas se -  
elimina una pequeña cantidad de ma -  
terias fecales, con tenesmo y sen -  
sación ulterior de incompleta sa -  
tisfacción.

**DEFECALGESIOFOBIA:** Temor a la defecación dolorosa.

**DOLOR:** Percepción de un estímulo desfavo -  
rable o nocivo que provoca graves -  
transtornos de la sensibilidad y -  
el desencadenamiento de los refle -  
jos de defensa que se intensifican  
en todos los sentidos. Todo dolor -  
físico es un estado de conciencia -  
una superposición psíquica a los -  
reflejos protectores subconscien -  
tes.

**ESCISION:** División, rompimiento.

**ESTREÑIMIENTO O  
EXTASIS FECAL.** Es el retardo en la evacuación de -  
las heces del intestino que no se -  
verifica con el ritmo normal de -  
una o dos veces al día.

- FISTULA ANAL:** Conducto anormal cerca del ano; - con comunicación con el recto o - sin ella.
- FISURA ANAL:** Ulcera lineal superficial entre - los pliegues radiados de los márgenes del ano, que produce dolor más o menos intenso poco después de la defecación.
- FLATULENCIA:** Es la producción abundante de gases de origen gástrico o intestinal que se eliminan en el primer - caso por la boca (eructos) y en - segundo caso por vía anal (ventocidades).
- HECES:** Excremento.
- HEMORROIDES:** Tumores vasculares formados por - dilataciones varicosas de las últimas raíces de las venas hemorroidales.
- HEMORROIDES CENTINELA:** La que acompaña la fisura del ano.
- HEMORROIDES ESTRANGULADAS:** Hemorroide interna prolapsada y com

primida por el esfínter anal.

**HEMORROIDES  
EXTERNAS**

Hemorroides situadas por fuera del esfínter anal.

**HEMORROIDES  
INTERNAS:**

Hemorroides situadas por encima del esfínter.

**HEMORROIDES  
TROMBOSADAS:**

La que contiene coagulos sanguíneos.

**HEMORROIDECTOMIA:**

Escisión de las Hemorroides.

**HEMORRAGIA:**

Es la extravasación sanguínea, es decir, la salida de sangre de los conductos o vasos en el interior de los cuales circula.

**METEORISMO:**

Es la distención de la pared abdominal consecutiva a la dilatación del estómago y del intestino o de ambos a la vez, por los gases pro-

- ducidos en su interior.
- MOCO:** Substancia líquida o semisólida, - viscosa, translúcida, secretada - por las glándulas, mucosas, com -- puesta de agua, mucina, sales inor gánicas, células epiteliales, leu cocitos y sustancia granulosa.
- PROCTALGIA:** Dolor en el orificio anal.
- PROCTOLOGIA:** Estudio de las enfermedades del rec to y ano.
- PROCTITIS:** Inflamación aguda o crónica de la mucosa ano-rectal.
- PRURITO:** Transtorno sensitivo de la piel -- que induce al rascado de la misma.
- TENESMO ANAL:** Es una sensación de peso y dolor - en el ano y en la última porción -- del recto que provoca una necesi - dad urgente de defecar; esta necesi - dad de defecar es falsa pues a - pesar de los intentos que se hacen no se logra defecar.

TRAUMATISMO:

Lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior.