

00921
80



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO ENFERMERIA:

REALIZADO A PACIENTE CON ALTERACION DEL BIENESTAR RELACIONADO CON HERIDA QUIRURGICA ANORRECTAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MARIA ELENA GUEVARA SALOMA**

No. DE CUENTA: 98710652

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COMISION DE EXAMENES DE GRADUACION

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. SOFIA E. PEREZ LUMANO



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2003

9



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Habiendo después Jesús ido a casa de Pedro. Vio a la suegra de éste en cama, con calentura: y tocándole la mano, se le quito la calentura: con eso se levanto luego de la cama, y se puso a servirles.

Venida la tarde, le trajeron muchos espintados; y con su palabra echaba los espíritus malignos; y curó a todos los dolientes:

Verificándose con eso lo que predijo el Profeta Isaias, diciendo. El mismo ha cargado con nuestras dolencias; y ha tomado sobre sí nuestras enfermedades.

San Mateo capitulo VIII,
versículo 14 a 17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Sofía Pérez Zumano por la paciencia y disposición que siempre tuvo para transmitirme los conocimientos que hicieron posible culminar este trabajo.

A las autoridades del Centro de cirugía ambulatoria, por las facilidades otorgadas durante mi formación profesional.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por haberme formado profesionalmente y darme la satisfacción de culminar con esta etapa tan importante de mi vida.

A los Médicos que me ayudaron transmitiéndome sus conocimientos, apoyándome con material para lograr este trabajo y en muchas ocasiones dedicándome algo de su tiempo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

Agradezco a Dios mi padre celestial por darme la fuerza y entereza, que aun cuando hubo piedras en mi camino siempre estuvo presente para cuidar mis pasos, que permitió que lograra terminar con mis estudios.

A mis padres Miguel Guevara y Rosa María Saloma, quienes inculcaron en mí el deseo de superación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d

INDICE

TÍTULO	Página
1. Introducción	3
2. Objetivos	5
3. Metodología del trabajo	6
4. Marco conceptual	
4.1 Proceso de atención de enfermería	7
4.2 Modelo teórico de Virginia Henderson	15
5. Aplicación del proceso atención de enfermería	
5.1 Instrumento metodológico para la atención de enfermería (modelo de Virginia Henderson)	17
5.2 Presentación del caso	24
5.3 Plan de atención de enfermería	26
Conclusiones y recomendaciones	34
Glosario	36
Bibliografía	39
Anexos	41

TESIS CCN
FALLA DE ORIGEN

1.- INTRODUCCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- INTRODUCCIÓN

El proceso atención de enfermería, es el método que utilizan las profesionales de la disciplina para proporcionar el cuidado, en el que se integran las bases teóricas y prácticas adquiridas durante la formación académica, desde la valoración del estado de salud y enfermedad de un ser humano a quien se otorga un servicio hasta la evaluación del plan de atención.

Por lo anterior en este trabajo se usó el proceso enfermero como método para la atención de una paciente postoperada de hemorroidectomía, la Sra. Marisela G. Q. de 33 años de edad a quién se seleccionó en el servicio de recuperación del Centro de Cirugía Ambulatoria del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La cirugía ambulatoria se caracteriza por:

- Ser de corta duración (de 15 a 90 minutos).
- Tipo de operación con poca probabilidad de complicaciones postoperatorias
- El paciente debe estar dispuesto y tener una actitud positiva (un paciente asustado o que no desea ser operado es de alto riesgo).
- EL contacto que tiene la enfermera con la paciente es muy corto pero de mucha trascendencia ya que la acompaña en un momento crítico de su vida en el que la detección oportuna de complicaciones y el tratamiento personalizado favorecen una recuperación más temprana.

El presente trabajo se hizo con la finalidad de proporcionar el cuidado con bases científicas y humanísticas sólidas, para favorecer que la paciente tenga una óptima recuperación y se pueda integrar de manera más temprana a su medio ambiente familiar, laboral y social.

Se da a conocer la metodología del trabajo que se efectuó, así como las técnicas e instrumentos que se utilizaron.

También se integra el marco conceptual, en el que se incluyen los aspectos más relevantes del proceso atención de enfermería, así como el Modelo Teórico de Virginia Henderson.

De igual forma se desarrolla cada etapa del proceso en la paciente Maricela G. Q. que fue valorada tanto con el método clínico tradicional como con el instrumento metodológico de Virginia Henderson con sus catorce necesidades, a partir de esta valoración se detectan algunas necesidades y problemas en la señora, que permiten establecer los diagnósticos de enfermería con su respectivo plan de atención y su ejecución a realizar, también se habla de su fundamentación científica y su evaluación.

En la parte final se incluyen las conclusiones y sugerencias sobre este trabajo, así mismo se presenta el glosario de términos en orden alfabético y referencias bibliográficas de las fuentes consultadas para su elaboración.

En los anexos se presenta una investigación bibliográfica de la patología de hemorroides, que fue muy importante para conocer el proceso por el que estaba pasando la paciente, así como otros documentos técnicos – administrativos que se usaron en la evaluación de la paciente.

- Figura 1 hoja de enfermería
- Figura 2 autorización de la paciente
- Figura 3 hemorroide inflamada
- Figura 4 hemorroide antes y después de la hemorroidectomía

2.- OBJETIVOS

2.- OBJETIVOS

- Y Proporcionar a la paciente postoperada de hemorroidectomía, los cuidados específicos de enfermería, con su respectiva fundamentación científica que se requiera para su tratamiento y rehabilitación.
- Y Lograr que la paciente se reincorpore a su medio familiar y social en las mejores condiciones posibles.
- Y Brindarle un medio ambiente que favorezca la comodidad, confianza y el buen estado de ánimo, disminuyendo así su angustia y ansiedad.
- Y Integrar una investigación bibliográfica para fundamentar mejor la atención de enfermería a la paciente.

3.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO

3.-METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para la realización de este estudio se hizo la selección de una paciente en el servicio de recuperación del Centro de Cirugía Ambulatoria, a la que se le interroga sobre su historia clínica y se realiza su valoración, solicitándole su colaboración y autorización para la elaboración de este proceso atención de enfermería.

La principal fuente de datos fue la paciente que tuvo una actitud cooperadora, lo que facilitó la obtención de esta información.

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento metodológico de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, a través del interrogatorio para conocer la situación de salud de la paciente, este se complementa con la exploración física: Inspección, palpación, percusión, auscultación, lo cual permite establecer y jerarquizar los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A partir de los datos obtenidos en la valoración, se planeó la atención de enfermería que se llevo a cabo y la evaluación correspondiente.

4.- MARCO CONCEPTUAL

4.1.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso atención de enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia individualizada o grupal que consiste en valorar a las personas sanas o enfermas, identificar sus problemas, planear y ejecutar las actuaciones de enfermería para evaluar los resultados. Este método es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería ayuda a que el personal organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica.¹

El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirven como base para planificar la asistencia, llevar a cabo la atención y valorar los resultados en el paciente.

El proceso de enfermería consta de una serie de etapas interrelacionadas, que son:

- Valoración.
- Diagnóstico de enfermería.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación de los resultados.

1. VALORACIÓN:

Esta primera fase del proceso de atención de enfermería es tal vez la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida, una valoración precisa, conduce a la identificación del estado de salud integral de la persona, a los temas inherentes de enfermería y al diagnóstico de la misma.

Esta etapa de valoración es aplicable a todos los grupos de pacientes, llámense a estos individuos, familias o comunidad; ya que en estos tres grupos el profesional de enfermería tiene que incidir para proporcionar atención de calidad con bases

¹ Gauntlett, Patricia, Enfermería Médico-Quirúrgica, 2ª. ed., México, Ed. Harcourt Brace 1997 p. 77

sólidas, apoyadas en conocimientos científicos extraídos de varias disciplinas, teorías y normas de acción.

Obtención y recolección de datos:

Se inicia con la obtención o recopilación de aquellos datos del paciente que involucran acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería. Esta etapa comprende obtención y recolección de datos, organización y análisis de la información.

Se logra a través de tres herramientas, que son la observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física, es a partir de éstas, que el personal de enfermería debe iniciar la planeación de la atención al paciente.

➤ Observación:

Es una habilidad de alto nivel que el personal de enfermería debe desarrollar desde la etapa de su formación académica, ya que en varias ocasiones a través de ésta se puede llegar a un diagnóstico presuntivo o certero, o planear los cuidados de enfermería.

Consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad de la persona y el entorno físico y psicodinámico que lo rodea y se inicia en el primer encuentro con la persona.

Una descripción detallada de lo observado es básica para el cuidado y requiere de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), los que son utilizados en diversas formas para observar a la paciente con relación a las características generales de apariencia y actividad física, el contenido del proceso de las interacciones y relaciones del ambiente. Un elemento importante en la obtención de datos, es mantener la objetividad al observar a los pacientes y su entorno y no hacer interpretaciones personales que conduzcan a distorsionar la realidad de lo

que esta sucediendo.

➤ **Interrogatorio o entrevista:**

La entrevista es una técnica o método observacional que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin; que es el proporcionar atención de enfermería de manera que las personas expresen sus ideas, sus sentimientos y necesidades inmediatas y a largo plazo. Esta información se incorpora al plan de atención de enfermería.

La calidad de la entrevista es influenciada por el ambiente terapéutico que crea el personal de enfermería, en el momento apropiado para lograr una comunicación óptima.

La entrevista o interrogatorio puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal propicia un espacio de comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente, que no es la misma que la historia médica o de otro profesional, ya que la enfermera considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y su respuesta a ella. El interrogatorio formal no trata de ser un tratamiento por sí mismo mas bien es un formato organizado para la recolección de datos.

El interrogatorio informal es la conversación entre la enfermera y la persona, que se desarrolla mientras el profesional brinda atención física, en este momento es frecuente que se expresen los sentimientos y problemas. Estas circunstancias se deben aprovechar para obtener algunos datos que no se pudieron recopilar inicialmente.

➤ **Examen clínico:**

El examen clínico, exploración física y exámenes de laboratorio y gabinete es otra fase de la recolección de datos, que nos conduce a una observación mas precisa

de las condiciones o alteraciones que presenta la persona. Para obtener datos, la exploración debe realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos o sistemas, o también por la región o situación que la paciente reporte como problema u objeto de interés utilizando los métodos correspondientes: inspección, palpación, percusión, auscultación y medición. Así mismo esta fase se complementa con los resultados obtenidos de los exámenes de laboratorio y gabinete. En el caso de una familia, se considera el número de miembros de ésta, edades, vivienda, situación escolar o laboral, recursos, problemas de salud y sociales, si el caso se refiere a una comunidad se tomarán en cuenta los datos demográficos, epidemiológicos, servicios, problemas de salud y sociales.

➤ **Fuentes de información:**

Existen infinidad de datos disponibles de donde el personal de enfermería puede allegarse para obtener la información que requiere en la atención de la paciente; éstos incluyen por lo general la persona entrevistada como fuente primaria; pero dado que las percepciones de los eventos y circunstancias pueden variar, también tiene a su alcance el expediente clínico, la familia, los amigos, el hogar y la comunidad.

➤ **Expediente clínico:**

La normatividad de este documento fue elaborado por la SSA y aparece en la Norma Técnica número 52, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1986.

Objetivo:

Documento que tiene por objeto realizar la descripción individual de la persona o grupo, registrar las etapas y resultados de su estudio, formular por escrito los programas de diagnóstico y tratamiento y consignar la evaluación del caso hasta su solución parcial o total, esto a través de notas de evolución, reportes de

laboratorio y gabinete, entre sus funciones están:

- Servir de instrumento útil en el proceso enseñanza – aprendizaje al personal de atención a la salud.
- Incrementar la interpretación de hechos, con el fin de solucionar los problemas derivados de la investigación clínica.

Uno de los formatos muy importantes del expediente es la hoja de consentimiento o autorización. Cuando el paciente, familiar o persona responsable da su consentimiento por escrito debe hacerlo ante testigos; la función que desempeña el personal de enfermería consiste en explicar o alentar al paciente para que lea detalladamente el formato antes de firmarlo.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Este es el segundo paso que incluye la valoración de enfermería y no debe confundirse con el diagnóstico médico, o de otros profesionistas, ya que la diferencia en los diagnósticos surge de la perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades, formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en el campo de su competencia.

En este sentido puede decirse que el diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades de la persona, que pueden modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos.

Es frecuente que el diagnóstico de enfermería sea confundido con el diagnóstico médico, sin embargo, este último solamente identifica y califica el proceso patológico del paciente, basado en manifestaciones clínicas, generalizado a varios pacientes, es constante hasta la recuperación o muerte del paciente, y se hace con el propósito único de prescribir un tratamiento para curar la enfermedad o reducir el daño. Si el padecimiento no puede ser identificado, con frecuencia este tratamiento se dirige a eliminar o reducir los signos y síntomas. Este tipo de

diagnóstico confunde a algunos de los integrantes del equipo de salud en cuanto a la atención que debe brindarse.

En cambio el diagnóstico de enfermería, se basa en las necesidades y problemas, es individualizado y específico, esta sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad de la paciente, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos habla sobre las actividades de la persona y sobre su forma de vida; su redacción puede ser descriptiva, predicativa o explicativa. Es también la manifestación ó respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación, por ejemplo: ansiedad por falta de oxígeno, alteraciones de la nutrición relacionados con los hábitos alimentarios, trastornos del movimiento a causa de la atrofia muscular, ansiedad relacionada a un diagnóstico médico.

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los siguientes elementos: una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención "dentro del dominio profesional de enfermería".

Para determinar el diagnóstico de enfermería es necesaria la interacción enfermera – paciente incluyendo la valoración y la fase de análisis – síntesis; para continuar con la identificación de los problemas del paciente.

Por último, para que el personal de enfermería concluya en un acertado diagnóstico de enfermería, debe contar con un acervo de conocimientos científicos, basados en las ciencias biopsicosociales (psicología, sociología, antropología, anatomía, patología, etc.), que le permitan fundamentar su actuar en cualquier momento, y poner en marcha el plan de atención de enfermería.

3.- PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planeación; esta fase del proceso de atención de enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, la conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le dará para ayudar a solucionar, disminuir o suprimir el efecto de sus problemas.

➤ Establecimiento de prioridades o jerarquía de necesidades:

El proceso de establecer las prioridades inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería y es el paso en el cual el personal de enfermería y el paciente determinan el orden en que los problemas de este deben resolverse. La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencia a los problemas más importantes de la distribución de los cuidados de enfermería.

➤ Identificación de objetivos:

Una vez que se ha determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente.

➤ Plan de acciones o atención de enfermería:

El plan de atención de enfermería se considera como el núcleo o el centro del proceso de atención de enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

4.- Ejecución:

Es la aplicación real del plan de atención de enfermería, este contribuye a un

cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente, tanto el paciente como su familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en esta fase es de vital importancia. La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en esta etapa, porque ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolverlos. En este sentido el personal de enfermería tiene la responsabilidad de enseñar al paciente la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

5.- Evaluación

Es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósito:

- Visualizar los avances de la paciente en su participación para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo y parte integral de cada uno de los componentes del proceso atención de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de éste.

Así pues, la evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede ser tomada como base para promover la investigación de enfermería.²

² Rosales Susana, Fundamentos de Enfermería 2^o., ed, México, Ed., El Manual Moderno, 1999, pp. 202 -217

4.2 MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

4.2 MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson una gran personalidad dentro de la investigación y académica de la enfermería, incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, la cual define en términos funcionales de la siguiente manera:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".³

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería estas son:

- Respirar.
- Comer y beber.
- Eliminar.
- Moverse y mantener la posición deseada.
- Dormir y descansar.
- Vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener el cuerpo limpio y cuidado.
- Evitar los riesgos del entorno.
- Comunicarse con los demás.
- Realizar prácticas religiosas.
- Trabajar.
- Jugar o participar en actividades recreativas.
- Aprender.

³ Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, 3ª. ed., México, Ed. Mosby /Doyma, 1995 , p 104

Supuestos principales:

- Enfermería tiene una función única.
- Actúa como miembro del equipo sanitario.
- Actúa independientemente del médico pero apoya su plan.
- Esta formada en ciencias biológicas y sociales.
- Puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

Afirmaciones teóricas:

Nivel de relación enfermera – paciente

- La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente
- La enfermera como ayuda del paciente
- La enfermera como compañera del paciente

Trascendencia en el ejercicio profesional:

- La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente.
- La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente, mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los componentes básicos.
- Para la recopilación de datos la enfermera utiliza la observación, el tacto y el oído.
- Una enfermera necesita el tipo de formación de colegio y universidad para que ejerza como una experta por derecho propio para mejorar el ejercicio profesional.

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**5.1 INSTRUMENTO METODOLÓGICO
PARA LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

**5.1 INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA
LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

Ficha de identificación:

Nombre: Maricela García Quijano Edad: 33 años Peso: 73.200 Kg Talla: 1.62
Fecha de nacimiento: 03-03-1970 Sexo: F Ocupación: Secretaria
Escolaridad: Carrera comercial Fecha de admisión: 10-12-2002 Hora: 14:30
Hrs. _____
Procedencia : Estado de México Fuente de información: Directa Fiabilidad: 4
(1-4): Miembro de la familia / persona significativa: Sólo su esposo

Valoración de necesidades humanas:

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

Necesidad de oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: No Tos productiva / seca: No Dolor asociado con la respiración: No Fumador: No Desde cuando fuma / cuántos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T.A. 130/70 R. 22' P. 80
Tos productiva / seca: No Estado de conciencia: Consciente, ubicada en sus tres esferas Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal Ligera palidez de tegumentos sin datos de cianosis, mucosas orales hidratadas
Circulación del retorno venoso Sin datos de insuficiencia vascular Otros
Retorno venoso normal, llenado capilar normal

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Necesidades de nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Vegetariana Número de comidas diarias 3

Trastornos digestivos: Estreñimiento crónico

Intolerancia alimentaria / alergias: Niega

Problemas de la masticación y deglución: Le faltan dos muelas

Patrón de ejercicio Le gusta caminar

Objetivo :

Turgencia de la piel: Turgente, sudorosa, morena clara

Membranas mucosas hidratadas / secas Hidratada

Características de uñas / cabello: Sin datos de cianosis, uñas largas limpias, cabello bien implantado de acuerdo a su edad

Funcionamiento neuromuscular y esquelético Simétricas, integra, móviles, reflejos dentro de la normalidad Aspecto de los dientes y encías Adoncia parcial

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización cicatriz antigua de vacuna, cicatriz rodilla izquierda desde hace 25 años Otros: _____

Necesidades de eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales: Irregulares características de las heces, orina y

Menstruación: Heces duras, poca cantidad, no fétida, con rasgos de sangre, orina sin datos de I.V.U. color ámbar, menstruación sin alteración

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: Negados Uso de laxantes: Sí Hemorroides: Postoperada

Dolor al defecar / menstruar / orinar: Demasiado al defecar

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Le provoca mayor estreñimiento cuando esta nerviosa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

Abdomen características: Globoso duro Ruidos intestinales: Presentes
reducidos de intensidad

Palpación de la vejiga urinaria: Vejiga llena Otros: _____

Necesidad de termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Por lo regular tiene calor

Ejercicio / tipo y frecuencia Camina regularmente Temperatura ambiental que le es agradable Templada

Objetivo :

Características de la piel: Morena clara, tersa y sudorosa

Transpiración: Suda con la actividad

Condiciones del entorno físico Ambiente seco por uso de clima artificial Otros: _____

Necesidades básicas de:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Es muy activa Actividades en el tiempo libre: Leer,

Hábitos de descanso: Dormir por la tarde Hábitos de trabajo: Lo normal de la oficina

Objetivo :

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza Normal a su edad

Necesidad de ayuda para la deambulación: No Dolor con el movimiento: Si

Presencia de temblores No Estado de conciencia: Consciente Estado emocional; Estable, optimista Otros: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Necesidad de descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso No tiene Horario de sueño 21:30 P.M. A 05:00 A.M.
Horas de descanso: No tiene Horas de sueño: 7:30 Horas Siesta: Muy rara vez Insomnio: a veces Debido a: Preocupaciones Descansado al levantarse: Si

Objetivo:

Estado mental, ansiedad / estrés / lenguaje: Poco nerviosa Ojeras: Si Atención: Si Bostezos: Si Concentración: Si Apatía: No Cefaleas: No

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Si
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad Si Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Normal Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: NO
Otros: Limpia, ropa adecuada a su edad.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño: Diario Momento preferido para el baño: En las mañanas Cuántas veces se lava los dientes al día: De 3 a cuatro veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: Si Después de eliminar: Si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

Aspecto general: Arreglada, limpia bien vestida. Olor corporal: Perfumado

Estado del cuero cabelludo Limpio e hidratado

Necesidad de evitar peligros

Subjetiva:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Mi esposo, dos hijos y yo

Como reacciona ante situaciones de urgencia: Un poco alterada pero actúo

Conoce las medidas de prevención de accidentes:

Hogar: Algunas Trabajo: Si, les han dado cursos Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona Si Familiares: Si

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Levendo

Objetivo:

Deformidades congénitas: No Condiciones del ambiente en su hogar:

Agradable tranquila Trabajo: BUENA Otros: _____

3 Necesidades básicas de. :

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada Años de relación: 7 Años Vive con Esposo e hijos

Preocupaciones / estrés: Por la salud Familiar Si Otras personas que pueden ayudar: Mis padres Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Si Cuanto tiempo pasa sola: Poco

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Una o dos veces por año

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

Habla claro: Sí Comunicación Confusa No Dificultad, visión: No
Audición No Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras
personas significativas: Es muy sociable Otros _____

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales No
Principales valores en la familia El respeto hacia los demás y la fidelidad
Principales valores personales Ser muy sincera
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir Sí

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso) No
Permite el contacto físico Solo de mi esposo, familiares y algunos amigos
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias
Imágenes religiosas Otros: _____

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

Trabaja actualmente: Sí Tipo de trabajo: Secretarial
Riesgos: Accidentes en el camino Cuanto tiempo le dedica al trabajo 6 Horas
Está satisfecho con su trabajo: Sí
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o de su familia: Sí
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Sí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

Estado emocional / calmado/ ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Nerviosa Otros Temerosa a lo que continué de la cirugía

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre Jugar con sus hijos

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad No

Recursos en su comunidad para la recreación Si canchas deportivas y juegos

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa Si excursiones

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Integro con buena coordinación

Rechazo a las actividades recreativas: No

Estado de ánimo / apático / aburrido / participativo: Participativo Otros _____

Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Carrera comercial

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No Tipo: Preferencias, leer / escribir: Leer,

conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: Si

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: En equilibrio

Órganos de los sentidos: Normales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.2.- PRESENTACIÓN DEL CASO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.2 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 33 años de edad, de ocupación secretaria por lo que pasa la mayor parte del día sentada, por su trabajo su horario de comida es irregular, la paciente se observa hidratada, con ligera palidez de tegumentos, canalizada en miembro superior derecho, con signos vitales estables y cooperadora. Postoperada de hemorroidectomía tratada en el Centro de Cirugía Ambulatoria; proviene de medio socioeconómico medio y con hábitos higiénicos suficientes ella refiere baño diario, cambio de ropa interior y exterior, cepillado dental después de cada alimento y lavado de manos continuo.

El problema por el cual se presenta es el siguiente: La paciente menciona padecer estreñimiento crónico desde adolescente. Hace aproximadamente dos años se palpa cuerpo extraño en región anal y dificultad para evacuar acompañado de dolor y sensación de no estar satisfecha al terminar de defecar.

Actualmente refiere desde hace ocho meses sangrado rojo brillante al evacuar acompañada de dolor intenso, la paciente informa que se le ha recetado (supositorios y cremas) y ha cambiado dieta a comida vegetariana y aumento de ingesta de líquidos, lo cual no le ha favorecido en nada.

Se presenta a su clínica de adscripción donde la refieren al Centro de Cirugía Ambulatoria ya que por ser de corta estancia le permitirá no dejar tanto tiempo sola a su familia, a la especialidad de Cirugía General y es programada para cirugía de hemorroides el día 10 de diciembre del 2002.

De la valoración de las 14 necesidades, se identifico que es independiente en 6, pero en las necesidades de eliminación, moverse y mantener la posición deseada, dormir y descansar, mantener el cuerpo limpio y cuidado, evitar los riesgos del

entorno, realizar practicas religiosas, trabajar, jugar o participar en actividades recreativas, es parcialmente dependiente, por lo que fue necesario elaborar un plan de intervenciones de enfermería.

5.3.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del bienestar relacionado con el traumatismo por la cirugía de hemorroidectomía que la paciente verbaliza refiriendo sudoración, irritabilidad aumentando por el dolor que se incrementa al cambiar de posición, observándose puños apretados, agitación, palidez e inquietud.

Objetivo:

Mencionar los factores que aumentan el dolor, disminuir y controlar el dolor.

Actuaciones de enfermería:

- Ministración de analgésico prescrito por vía intravenosa, como el ketorolaco
- Aplicación de hielo en herida quirúrgica

Fundamentación científica:

El ketorolaco es el analgésico que está indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor, administrado por vía intravenosa no se debe exceder de 4 días; la administración intra venosa en dosis única de 10 Mg. de ketorolaco. El ketorolaco y sus metabolitos se eliminan principalmente por vía renal.

El mecanismo de acción consiste en la inhibición de la ciclooxigenasa y, por consiguiente de la síntesis de las prostaglandinas, y no tiene ningún efecto sobre

los receptores de los opiáceos, además, no afecta de forma importante el SNC ya que carece de propiedades sedantes.

El hielo ayuda a desinflamar la parte afectada y con esto se evita el dolor.

Evaluación:

La paciente informa la disminución del dolor rectal, se nota más tranquila respira normalmente.

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de sangrado anorrectal, relacionado a herida quirúrgica.

Objetivo:

Evitar sangrado de herida quirúrgica, mantener herida limpia.

Actuaciones de enfermería:

- Observar herida quirúrgica cada 15 minutos.
- Mantener a la paciente en reposo.
- Si se presenta sangrado asistir al cirujano para realizar taponamiento rectal eventual y evitar el reingreso de la paciente al quirófano.
- Llevar control de líquidos.

Fundamentación científica:

La vigilancia cuidadosa de la herida quirúrgica permite detectar a tiempo datos tempranos de complicaciones como la hemorragia.

El taponamiento inmediato ayuda a controlar el sangrado rectal ya que comprime el paquete hemorroidal, evitando la continuidad sanguínea.

Evaluación:

Paciente tranquila, herida quirúrgica limpia sin sangrado y se evitó que la paciente regresara al quirófano.

Diagnóstico de Enfermería:

Retención urinaria relacionada con el bloqueo epidural, refiriendo la paciente deseos de miccionar y no poder, se palpa distensión vesical.

Objetivo:

Lograr que la paciente orine.

Actuación de enfermería:

- Ayudar a estimular con masaje la región suprapúbica.
- Aplicar medios físicos que estimulan la micción.
- Aplicar calor local.
- Realizar sondeo vesical si no responde a medios físicos.

Fundamentación científica:

El calor local a través de las fibras nerviosas de la piel, estimulan el plexo de la vejiga haciendo que se elimine la orina.

Evaluación:

Se logro vaciamiento de vejiga y se elimina sensación referida por la paciente y se evitó sondeo vesical.

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de infección relacionada con la incisión quirúrgica y la contaminación fecal.

Objetivo:

Evitar infección, que la paciente esté enterada de los cuidados que llevará a cabo.

Actuaciones de enfermería:

- Y Se indicó a la paciente como tomar el antibiótico prescrito por él médico.
- Y Indicaciones del aseo de la región anal después de las evacuaciones.
- Y Realización de sediluvios.

Fundamentación científica:

La limpieza frecuente de la herida quirúrgica evita la proliferación de microorganismos. el exceso de bacterias se eliminan por arrastre con agua. El material de curación debe ser completamente estéril para evitar sobre infección, una herida libre de infección cicatriza en menos tiempo.

Evaluación:

La evaluación se hizo una semana después cuando la paciente acudió a su revisión, en la cual se observa herida quirúrgica limpia y libre de material purulento o mal olor.

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de estreñimiento relacionado con el temor al dolor durante la defecación.

Objetivo:

Ayudar a la paciente a recuperar sus patrones normales de eliminación.

Actuación de enfermería:

- Se dió indicación a la paciente sobre la ingesta de líquidos, frutas y verduras, incrementando la cantidad de alimentos ricos en fibra.
- La ministración de ablandadores fecales.
- Aumento de actividad física.

Fundamentación científica:

Los alimentos ricos en fibra al mezclarse en el estómago ayudan a que las heces fecales sean emolientes (heces grandes, porosas, abundante cantidad y suaves) y esto ayuda a que al evacuar no exista dolor.

El estreñimiento es un trastorno fundamental de los malos hábitos alimenticios de la población mexicana, se fundamenta por la ingesta inadecuada de fibra, frutas, legumbres, así como la ingesta de alimentos condimentados que existen en nuestra comunidad.

Evaluación:

La evaluación se realiza en su primera revisión verbalizando la paciente que recupera el patrón de eliminación normal, también conoce los factores relacionados con el riesgo de estreñimiento.

Diagnóstico de Enfermería:

Angustia relacionada con las complicaciones y tratamiento a seguir de la cirugía, manifestada por verbalizar sentimientos de inquietud y temor de posible infección recidiva del problema.

Objetivos:

Tranquilizar a la paciente.

Actuación de enfermería:

- Conocer las situaciones que provocan la angustia de la paciente por medio de la comunicación verbal.
- Darle la información y orientación necesaria resolviendo sus dudas y temores.

Fundamentación científica:

La comunicación favorece la relación enfermera – paciente. Una buena relación da confianza y seguridad, la comunicación verbal nos permite conocer sus inquietudes, temores y dudas. La angustia desaparece cuando se tiene el conocimiento de la situación que lo esta produciendo.

Evaluación:

Disminuyo la angustia ya que comprendió y acepto el seguimiento del tratamiento resolviendo sus dudas, se noto más tranquila y segura.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la capacidad física para realizar movimientos corporales relacionado con su cirugía anorrectal.

Objetivos:

Mantenerse parcialmente en reposo.

Actuación de enfermería:

- Se mantuvo a la paciente sin realizar movimientos bruscos.
- Abstenerse de levantar objetos pesados que pudieran perjudicar la herida quirúrgica o provocar alguna complicación.

Fundamentación científica:

El reposo parcial después de la cirugía ayuda al restablecimiento de la paciente y la pronta recuperación ya que con esto se evita que la herida quirúrgica pueda abrirse con algún movimiento o esfuerzo fuerte.

Evaluación:

La paciente se mantuvo tranquila y en reposo, no presentándose complicaciones.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Tomar medicamento prescrito por el médico
- Aseo diario y sediluvios después de cada evacuación
- Evitar estreñimiento con una dieta rica en fibra y aumentando la ingesta de frutas y verduras, procurando ingerir mayor cantidad de líquidos, así como el consumo de ablandadores fecales
- Se recomienda compensar el tiempo que pasa sentada con ejercicio
- Llevando a cabo estas medidas se evita la recidiva de las hemorroides

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de realizar el estudio clínico, el plan de atención de enfermería y la evaluación, puede afirmarse que se cumplieron adecuadamente los objetivos ya que se logro dar atención de calidad a la paciente, teniendo como parámetro de evaluación únicamente su mejoría y la satisfacción de la atención otorgada.

Los objetivos fueron cubiertos al 100% ya que se pudieron conocer los problemas y necesidades de la paciente para así otorgar los cuidados específicos en el área biológica, psicológica y social.

El diagnóstico de enfermería fue el adecuado y gracias a la observación directa hacia la paciente, se obtuvo un panorama más amplio para detectar problemas y necesidades que surgieron durante su estancia en el Centro de Cirugía Ambulatoria.

En cuanto a la esfera social, se pudo reincorporar en un mes a su trabajo ya que tenía que continuar con reposo en cama y revisiones con su médico tratante.

El logro más significativo de haber aplicado el proceso atención de enfermería fue establecer una relación terapéutica con la paciente, lo cual deja como enseñanza que cuando se conoce bien a ésta y el entorno que le rodea, los cuidados pueden ser más específicos, contribuyendo con este a la pronta recuperación.

Lo que este estudio aporta al campo de enfermería, es el de comprobar una vez más que los cuidados bien planeados proporcionan a la paciente una mayor calidad de atención, favoreciendo así su pronta recuperación y el egreso de esta unidad.

GLOSARIO

GLOSARIO

Absceso:	Acumulación localizada de pus y tejidos desintegrados en una cavidad.
Absceso perianal:	Infección localizada en el tejido adiposo cerca del recto que aumenta el dolor.
Año:	Extremo distal y orificio exterior del recto.
Antibiótico:	Sustancia producida por un microorganismo que inhibe la reproducción de otros gérmenes o les da muerte.
Bloqueo epidural:	Es la inyección de un anestésico local en el espacio adyacente a la duramadre (espacio epidural)
Canal anal:	Los dos o tres centímetros terminales del recto, se abre al exterior del ano.
Dolor:	Es una sensación desagradable localizada en alguna parte del cuerpo.
Enema:	Conjunto de maniobras para introducir una solución en el intestino a través del recto.
Esfínter:	Músculo circular que ocluye un orificio.
Estreñimiento:	Defecación infrecuente o difícil como resultado de disminución en la motilidad intestinal.
Fístula anal:	Abertura anormal en la piel cerca del ano, que sigue un trayecto tortuoso hasta el conducto anal, ya que es una zona infecciosa, hay eliminación de pus.
Fístula :	Es una comunicación anormal entre dos superficies cubiertas por epitelio.

Fisura anal:	Úlcera longitudinal (grieta en el conducto anal que no cicatriza), suele acompañarse de estreñimiento, dolor intenso y rasgos de sangre al defecar.
Germicida:	Sustancia destructora de gérmenes
Hemorragia:	Pérdida de sangre por ruptura de los vasos sanguíneos (internas o externas).
Hemorroides:	Vasos sanguíneos dilatados o varicosos usualmente venas, en la región anal.
Herida:	Se llama así a toda lesión, que ocasionada por medios mecánicos, muestra una solución de continuidad en los tejidos blandos.
Infección:	Invasión al organismo por agentes patógenos.
Limpieza:	Eliminación por medio del fregado y lavado de las superficies con agua y jabón.
Microorganismo:	Agente que produce enfermedad.
Obesidad:	Aumento de peso corporal que supere por arriba de la norma establecida como resultado de la acumulación excesiva de grasa.
Plexo:	Red de nervios, venas o vasos linfáticos.
Prolapso:	Caída o descenso de un órgano en especial el útero o recto.
Prurito:	Escozor, picazón, comezón.
Pujos:	Dolores abdominales acompañados de falsa necesidad de evacuar, escozor del esfínter anal.
Pus:	Líquido denso resultado de una lesión inflamatoria y que esta compuesto por leucocitos en diferentes etapas degenerativas, líquidos, desechos tisulares y gérmenes.

- Sangre:** Líquido que circula por corazón, arterias, capilares y venas, el medio de transporte principal en el organismo.
- Sensación:** Estado de percepción del estado de los medios internos o externos.
- Trombosis:** La coagulación en un vaso sanguíneo no roto.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Archundia, Abel

Educación Quirúrgica

1ª. edición

México, Editorial Interamericana, 2000

pp. 423

Guyton, Arthur

Fisiología Humana

8ª. edición

México, Editorial Interamericana, 1998

pp.325

Brunner Lillian

Manual de Enfermería

4ª. edición

México, Nueva Editorial Interamericana, 1998

pp. 288

Gauntlet Patricia. et.al.

Enfermería Medico Quirúrgica

2ª. edición

México, Harcourt Brace, 1997

pp. 560

Lara Silva. et.al.

Principios de administración

1ª. ed. 2ª. Reimpresión

México, UNAM, 2000

pp. 380

Fuller, J.
Instrumentación Quirúrgica. Principios y Prácticas
3ª. edición,
México, Ed. Médica Panamericana, 1998
pp. 365

Jacobs, P.T.
Una Nueva tecnología para la Esterilización
México, Revista de esterilización, 1999
pp. 45

Rosales, Susana
Fundamentos de Enfermería,
2ª. edición
México, Ed. El Manual de Enfermería, 1999
pp. 650

Secretaría de la Defensa Nacional
Manual de Aspectos Administrativos de Enfermería
1ª. edición
Taller autográfico del Estado Mayor de la Defensa Nacional, 1999
pp. 350

Solís, Carolina et.al.
Guía para el Servicio Social y Opciones de titulación
4ª. edición 3ª. Revisión
México, UNAM, 2000
pp. 350

HEMORROIDES

Definición

No existe una definición precisa de hemorroides, porque no se conoce la naturaleza exacta del padecimiento son parte de la anatomía humana normal, la mayoría de los pacientes tienen tres hemorroides que se localizan en las regiones anterior derecha, posterior derecha y lateral izquierda de la región perianal. Las hemorroides son almohadillas de tejido vascular localizadas en el conducto anal, él termino vulgar es almorranas.⁴

A través de la historia las hemorroides han acosado a la humanidad los signos y síntomas y esfuerzos para tratarlas de recoger tempranamente y repetidamente en la historia de la medicina. Como una de las causas mas frecuentes de dolor y molestia humana. Las hemorroides han afectado al individuo de todo tipo y clases socioeconómicas,

Factores predisponentes asociados

Aun siguen sin identificarse la causa precisa de este padecimiento, entre los factores que se relacionan son:

- ❖ Herencia
- ❖ Posición erecta o sedante por espacios prolongados
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Embarazo
- ❖ Diarreas frecuentes
- ❖ Obesidad
- ❖ Aumento de la presión intra abdominal
- ❖ Obstrucción del retorno venoso
- ❖ Dieta baja en fibra

⁴ Davis, James. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica...*, México, Nueva Editorial Interamericana, ed. 1987 8ª. Reimp 1999 pp. 788 - 799

Todos estos factores pueden contribuir a ocasionar hemorroides, pero los factores anatómicos no explican las diferencias que se encuentran en los estudios epidemiológicos.

Síntomas

Los síntomas principales de las hemorroides son:

Hemorragia protusión y dolor, prurito, sensación quemante. La hemorragia y el prolapso suelen producirse en el momento de la defecación debido al esfuerzo del pujo provocado por el estreñimiento.

Clasificación

Las hemorroides internas se localizan por encima del esfínter interno y no son de cuidado a menos que se prolapsen.⁵

Las hemorroides internas son el tejido vascular submucoso y redundante que se localiza por arriba de la línea dentada y esta cubierto por epitelio de transición.

Las hemorroides externas, son las que aparecen por fuera del esfínter anal, son venulas dilatadas del plexo hemorroidal inferior, el cual se localiza por debajo de la línea dentada y esta cubierto por epitelio escamoso

Diagnóstico

La presencia de la enfermedad se confirma mediante historia clínica cuidadosa, combinada con exploración física anal (anoscopia, sigmoidoscopia).

⁵ Stanley, Goldberg – Philip H. Gordon – Sanhat Nivatvongs, FUNDAMENTOS DE CIRUGÍA ANORRECTAL, México, ed. Limusa – grupo Noriega editores, 1ª. ed. 1990 – 5ª. Reimp. 1998, Pp.. 1339 - 1346

Grados de hemorroides

- ❖ Grado I
 - Aumentadas de tamaño pero no prolapsadas, hay cierta hemorragia.
- ❖ Grado II
 - Prolapso durante la defecación, pero se reducen espontáneamente hay hemorragia.
- ❖ Grado III
 - Prolapso que precisa reducción manual, hay hemorragia y molestias.
- ❖ Grado IV
 - Aumentadas de tamaño, prolapsadas, no pueden reducirse hay hemorragia y dolor.

Tratamiento

El tratamiento médico se basa en modificar las heces para aminorar la necesidad de esforzarse durante la defecación. Para contrarrestar las heces duras se aconsejan los ablandadores –aumentadores de volumen de las heces como metamucil, salvado, fibra alimenticia natural. El consumo de 8 a 10 vasos de agua al día como mínimo ayuda a evitar el estreñimiento, también el uso de cremas tópicas con hidrocortisona ayuda a aminorar la molestia ocasionada.⁶

Las intervenciones terapéuticas consisten en la escleroterapia, ligadura con bandas de goma y la hemorroidectomía quirúrgica.

⁶ A.P.M. Forrest, D.C. Carter, I.B. Macleod, PRINCIPIOS Y PRACTICA DE CIRUGIA SUPLEMENTO QUIRURGICO DE PRINCIPIOS Y PRACTICA DE MEDICINA DE DAVIDSON, México, Ed. Interamericana, McGraw – Hill, 1988 1ª. ed, 1998 ISBN 968-25-1351-0 Trad. Esp. 1999 Pp.. 1339 - 1346

La escleroterapia consiste en introducir una aguja en el vértice de la columna hemorroidal y se inyecta una solución esclerosante, la inflamación producida por la solución provoca que se fijen los músculos subyacentes evitando así el prolapso. Esta técnica puede provocar dolor, necrosis en el punto de intervención.

Ligadura con banda de goma:

Este método de tratamiento popular y sencillo, consiste en colocar una banda de goma en la base del tejido hemorroidal, con lo que se produce estrangulación y fibrosis en el tejido, el único problema con esta técnica es el riesgo de una infección.

La hemorroidectomía

Es la intervención quirúrgica, es la norma frente a la que se han comparado todos los demás tratamientos después de extirpar las heridas pueden dejarse abiertas o cerradas, aunque esta documentado que la cerrada cicatriza mas aprisa. Las complicaciones de la hemorroidectomía son la hemorragia, infección local, dolor, y retención urinaria.

La hemorroidectomía se debe reservar para pacientes que tienen síntomas incontrolables de prolapso, dolor sangrado o que presentan hemorroides muy grandes. La indicación más frecuente para la hemorroidectomía en la practica quirúrgica, es el prolapso mucoso rectal.⁷

La posición de navaja, con cojines blandos bajo la cadera y tobillos del paciente para asegurarse que este cómodo en la mesa, tiene mucha ventaja y se recomienda ampliamente, proporciona un mejor acceso al campo operatorio y ofrece mayor comodidad al cirujano, al paciente y a la enfermera.

⁷ Stanley .Goldberg – Philip H. Gordin – Santhai Nivatvongs, et. al. pp.1350 - 1368

Estos pacientes suelen verse de forma ambulatoria en la clínica o en la consulta donde el tiempo es limitado. Las necesidades de estos pacientes deben ser atendidas y es importante que el personal de enfermería disponga de tiempo para poder llevarlo a cabo.

ANEXOS

PAGINACION DISCONTINUA



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO SUBDELEGACIÓN MÉDICA
CENTRO DE CIRUGÍA SIMPLIFICADA XALOSTOC

AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO
DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

SERVICIO <i>Cirugía General</i>	
FECHA DE SOLICITUD	FECHA SOLICITADA <i>10-Diciembre-02</i>



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

AUTORIZO A LOS MÉDICOS DEL CENTRO DE
CIRUGIA SIMPLIFICADA PARA QUE EFECTUEN LAS
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SEAN
NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACIÓN DE MI
PADECIMIENTO: EN LA INTELIGENCIA DE QUE NO
DESCONZCO LOS RIESGOS A QUE QUEDO SUJETO
POR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y
ANESTÉSICO

[Signature]

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

SOLICITUD DE OPERACIÓN

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

Hemorróides

OPERACIÓN PROYECTADA:

Hemorróidectomía

ANESTESIA SUGERIDA: LOCAL ()

REGIONAL (X)

GENERAL ()

REGISTRO DE OPERACIÓN

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

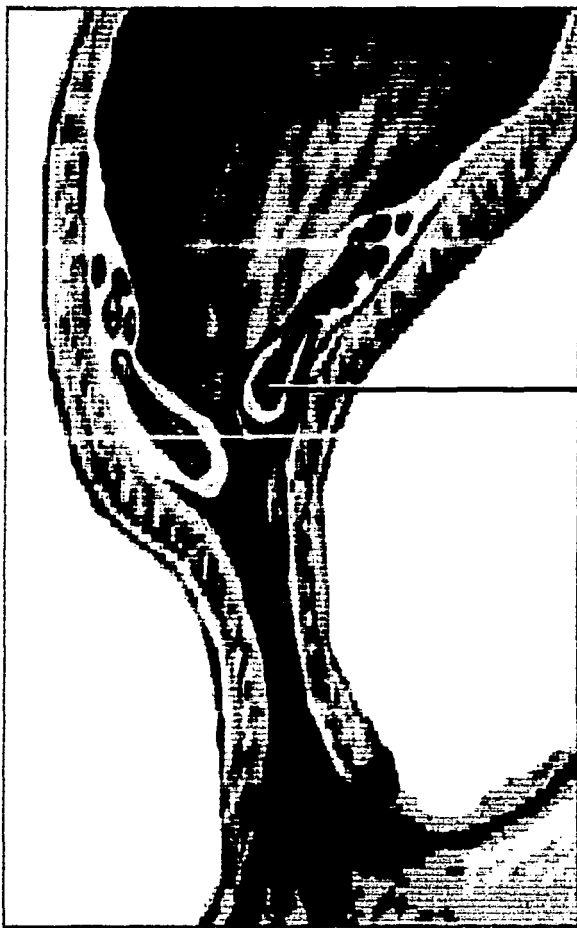
OPERACIÓN EFECTUADA:

ANESTESIA ADMINISTRADA:

ANESTESIÓLOGO:

Dr. Escalante

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

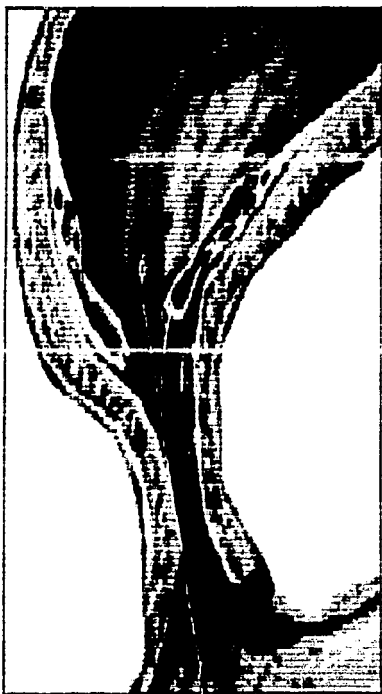


Hemorroide
inflamada

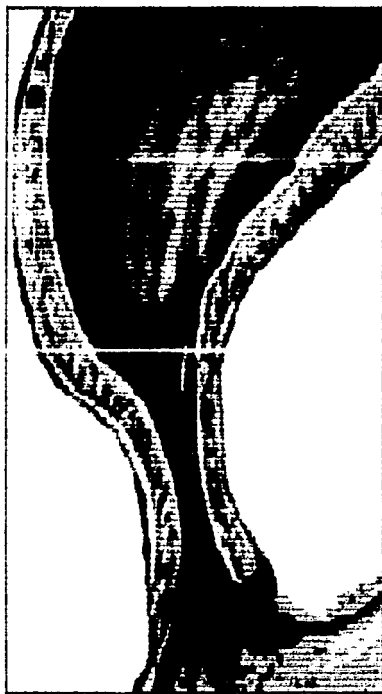
Fig. 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Antes



Después



Hemorroide

Fig. 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN