

HEMORROIDECTOMÍA

“LA CIRUGÍA ES LA PRIMERA Y MÁS ALTA DIVISIÓN DEL ARTE DE CURAR, MENOS EXPUESTA A LA FALACIA, PURA EN SÍ MISMA, PERPETUA EN SU APLICACIÓN, PRODUCTO DEL CIELO Y FUENTE DE FAMA EN LA TIERRA”~(SUSRUTA SAMNITA)



PRESENTACIÓN

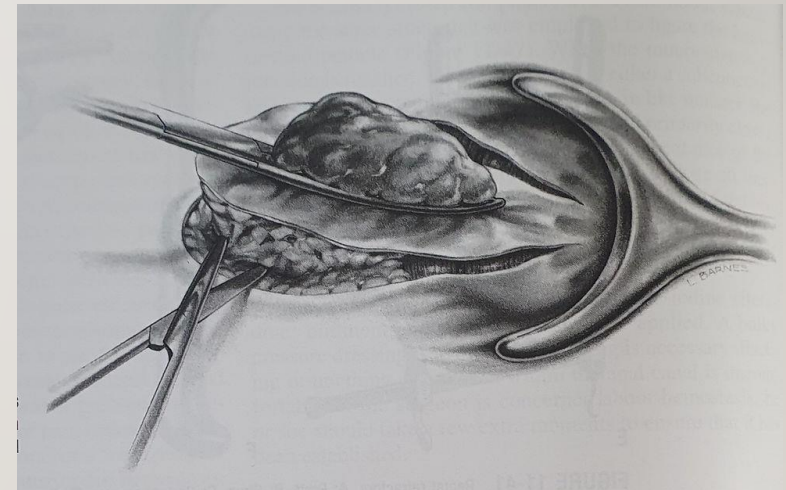
- Tema: Hemorroidectomía
- Materia: Enfermería médico quirúrgica II.
- Integrantes: Ana Belén Gómez Álvarez.
- Mariana Itzel Hernández Aguilar.
- Yeyry Arlen Ramírez Roblero.
- Andrea Ochoa Alvarado.

ANTECEDENTES HISTORICOS

MUNDO ANTIGUO

En el Nuevo Reino de Egipto (c.1567-1085 a.C.) se conoció la patología anorrectal cuando dicho Reino se encontraba en su máximo nivel cultural y extensión territorial (de la 4a catarata del Nilo a Mesopotamia).

Las hemorroides se citan en papiro (1500 a.C.) rescatado por **George Ebers** (1837-1898), identificándose una protrusión rectal en momia masculina, en la ciudad de Antinoe, (5000-4000 a.C.).



GRECIA

Durante la “época de oro” (500-350 a.C.), las hemorroides eran consideradas un castigo de los dioses, el término hemorroides deriva del griego: haema (sangre) y rhoos (flujo)

Hipócrates (460-377) en su obra Corpus hipocráticos menciona, dos procedimientos para eliminar quirúrgicamente las hemorroides.

Hipócrates fue el primero en usar un Speculum (espejo) en diagnóstico y tratamiento de hemorroides, (aunque el instrumento de bambú hueco o tallo de calabaza está citado en el Talmud) (c. 1300 a.C).

INDIA

En la obra Susruta Samnita, se describen procedimientos quirúrgicos para hemorroides y fístula anal, similares a los de Hipócrates, pero enfatizan la limpieza de la herida.

Entre los 101 instrumentos quirúrgicos descritos, aparecen espejos. Algunos consideran a Susruta (c. 400 a.C.), como “padre de la cirugía hindú”, pero se ignora si se trató de una persona o de un grupo de trabajo

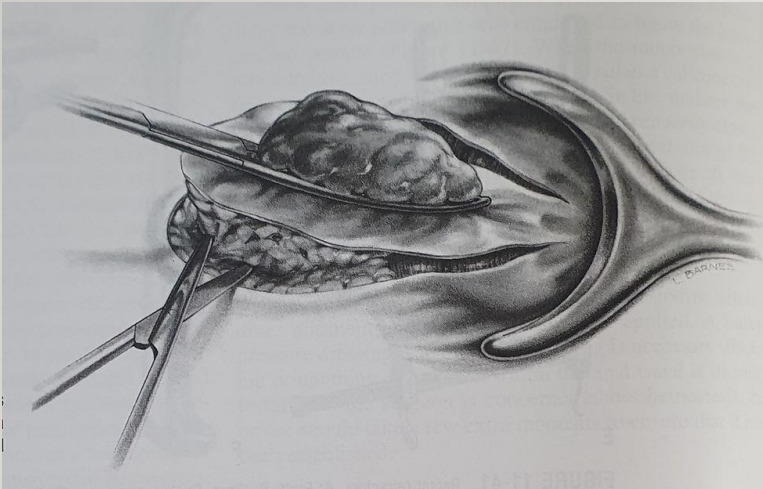


ESCUELA DE ALEJANDRÍA (SIGLO III A.C.)

Desde el siglo II se reconoció la utilidad de los espejos en exámenes y operaciones anorrectales y ginecológicas por diversos médicos:

Arateus de Capadocia (c. 50-), quien describió el tétanos, **Archingenes de Apamea (c. 54-)** que usó la ligadura o torsión de los vasos en las amputaciones y **Leonidas de Alejandría (S. II)**, quien trató la protrusión rectal mediante termocauterío cuando no cedía a los astringentes.

rescatándose escritos de; **Celsius Aulus Cornelius (25 a.C.-50 d.C.)**, **Oribasius (325-403)** y **Galeno (131-201 d.C.)**, descripciones anatómicas del ano, recto, próstata y demás órganos pélvicos de **Herophilus (c. 300 a.C)**, así como fisiológicas de **Erasistratus (c. 250-330)**. **Heracleides de Tarentum (C. 230 a.C.)** incorporó a **Hipócrates** y agregó documentos egipcios, persas, indos y judíos.



ROMA

Los textos de Galeno (131-201 d.C), médico de la corte de Marco Aurelio (161-192) persistieron hasta el siglo XVI. En *De Sanitate Tuenda* menciona que la producción y eliminación de excrementos son requisitos para preservar la salud.

En “*De Medicina*” describe la ligadura y extirpación de las hemorroides y sus complicaciones. Fue el médico más famoso de su época y de las siguientes, y recomendó extirpación de las arterias con las venas.

ÉPOCA MEDIEVAL

Temprana (500-1000). Aetius de Armida (500-550 d.C.), quien fue el primero que ligó la arteria braquial proximal a un aneurisma, en su obra “Tetrabiblon” destaca la operación para hemorroides de Oribasius (325-397).

En el siglo XI, Albucasius (926-1013) constituyó la autoridad quirúrgica. Se le atribuye el espejo de luz reflejada y el haber mejorado el método de Hipócrates para hemorroides.

Johanes de Ardene (1307- 1380), denominado “Padre de la proctología” por su diagnóstico mediante tacto rectal entre úlcera y cáncer, y por sus detalladas operaciones para hemorroides y fístulas



SIGLO XVIII (pacientes célebres)

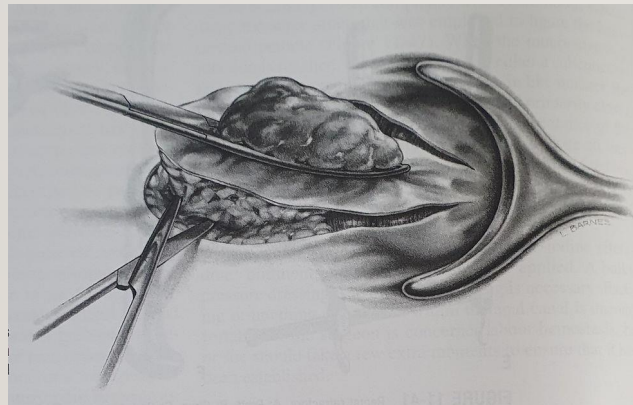
En el siglo XVII, es interesante mencionar las hemorroides que molestaban a Napoleón (1769-1821) durante la batalla de Waterloo y su efecto sobre la historia, desviando su atención durante el curso del combate.

Quizás el principal cirujano de la primera mitad del siglo XVIII fue Jean Louis Petit (1674-1750) quien en Revista Mexicana de Coloproctología” (1774-1783) mencionó para la cirugía de hemorroides que la “incisional sola”, tiene mayor dolor por la sensibilidad de la piel del ano, así como posibilidad de fatal hemorragia, y la “ligadura sola”, dolor y posibilidad de gangrena.

SIGLOS XVIII Y XIX

En esta época “del conocimiento”, Rudolph Virchow (1821-1902) escribió “...no es muy fácil para la sangre pasar a través del hígado...pudiendo estancarse en las otras venas que van al tronco de la vena porta... así como se producen las várices de las piernas cuando existe una obstrucción de la sangre se producen también las hemorroides en ramas de la porta”.

Whitehead (1882) describió su hemorroidectomía radical con escisión circunferencial de la mucosa y venas hemorroidales “para prolapso que no permitía distinguir los tres grupos de hemorroides”, comenzando sobre la línea dentada



SIGLO XX

La técnica de Salmon, de incisión de piel perianal, disección del plexo hemorroidal de los músculos anales y ligadura de las hemorroides, ha permanecido con pocos cambios.

La “Stapled hemorrhoidectomy”, procedimiento para prolapso y hemorroides (PPH) se ha considerado como alternativo, fue descrito por Pescatori (1997) y mejorado por Longo (1998) y consiste en corte y “stapling” circular transanal de la mucosa anorrectal mediante un instrumento.

HISTÓRIA

EL TÉRMINO HEMORROIDES VIENE DEL GRIEGO HAEMA (SANGRE) Y RHOOS (FLUJO) SU HISTORIA DATA DESDE TIEMPOS MUY REMOTOS, PRÁCTICAMENTE CON LA APARICIÓN DEL HOMBRE SOBRE LA FAZ DE LA TIERRA. LAS HEMORROIDES, PROLAPSOS, FÍSTULAS Y ABSCESOS ANALES, HAN AFECTADO EN DIFERENTES ÉPOCAS DE LA HISTORIA, A REYES, GOBERNANTES, LÍDERES, PENSADORES Y GENTE COMÚN, EL HOMBRE ESTUVO A MERCED DE ELLAS HASTA QUE SE DESARROLLARON LAS TERAPÉUTICAS ACTUALES.



MUNDO ANTIGUO

LOS PRIMEROS REGISTROS QUE NOMBRAN A LAS HEMORROIDES SE REMONTAN HACIA EL AÑO 2200 ANTES DE CRISTO Y PROCEDEN DEL CÓDIGO DE HAMMURABI (REY DE BABILONIA), DONDE SE FIJAN LOS HONORARIOS DE LOS PROCTÓLOGOS (1) LO QUE “NOS HACE PENSAR QUE ESTOS YA ERAN MUY IMPORTANTES EN ESA ÉPOCA Y LA ENFERMEDAD PREOCUPABA DE SOBREMNERA A LOS HABITANTES DE AQUEL ENTONCES”.



LUEGO EN PAPIROS DE EGIPTO DE 1500 AÑOS ANTES DE CRISTO A LAS HEMORROIDES SE LAS IDENTIFICAN COMO UNA PROTRUSIÓN RECTAL Y SEGÚN HERODOTO EN ESTA CULTURA LA MEDICINA ESTABA MUY ADELANTADA A TAL PUNTO QUE CADA MÉDICO ESTABA ESPECIALIZADO EN TRATAR UNA SOLA ENFERMEDAD POR LO CUAL EXISTÍAN MÉDICOS QUE TRATABAN SOLO HEMORROIDES.



ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL RECTO

El recto es la porción final del intestino grueso que conecta el colon sigmoide con el canal anal. Desempeña un papel crucial en la retención y la expulsión de las heces. A continuación se detalla la anatomía del recto:

I. Estructura General

Longitud:

- El recto mide aproximadamente 12-15 cm de longitud.

Ubicación:

- Se encuentra en la pelvis, extendiéndose desde la tercera vértebra sacra (S3) hasta el canal anal.



2. Partes del Recto

Recto Superior:

- La parte más proximal, que continúa desde el colon sigmoideo.

Recto Medio:

- La porción intermedia que se encuentra aproximadamente a la altura de las vértebras sacras S2-S4.

Recto Inferior:

- La parte distal que se une al canal anal.

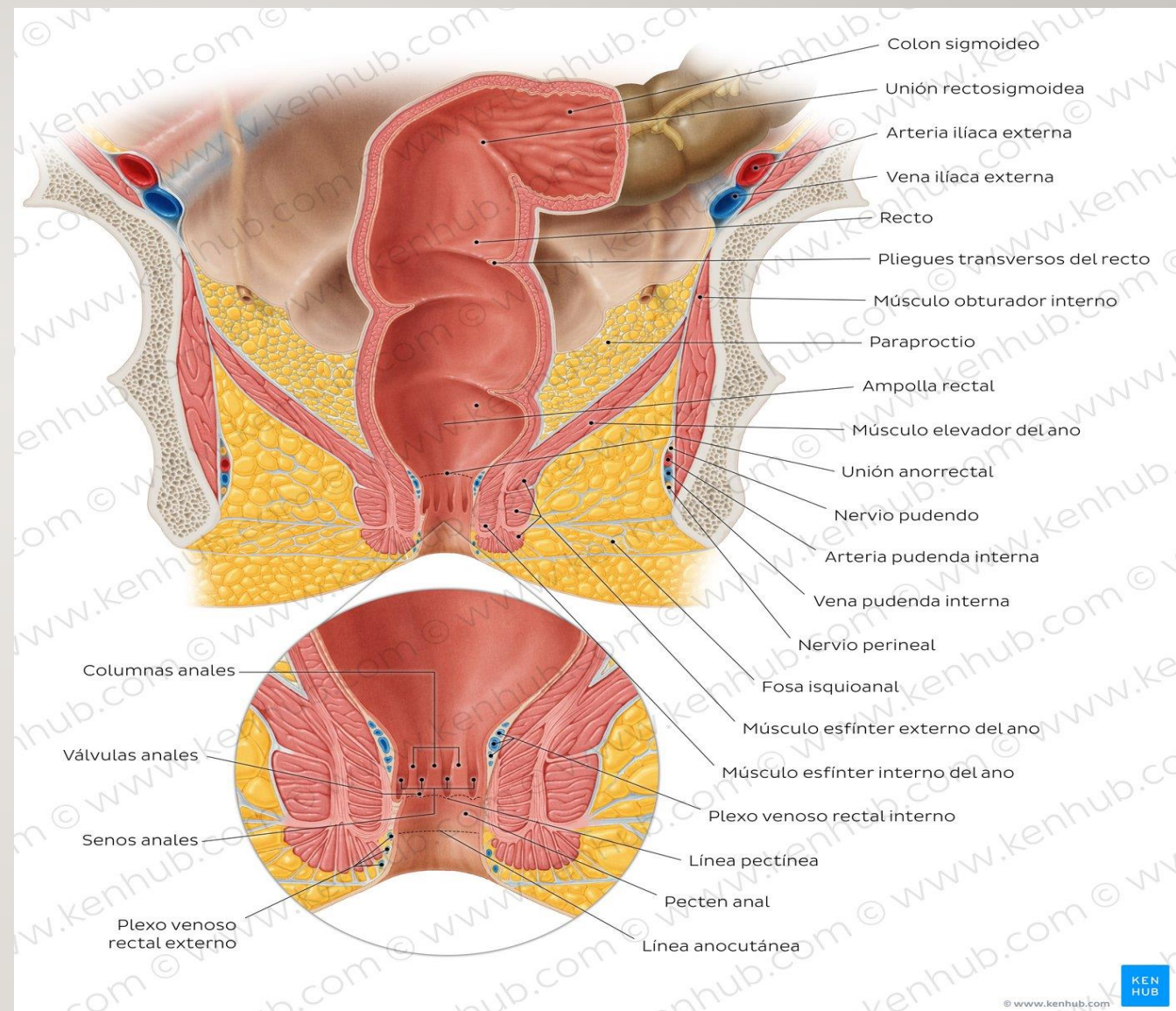
3. Curvaturas

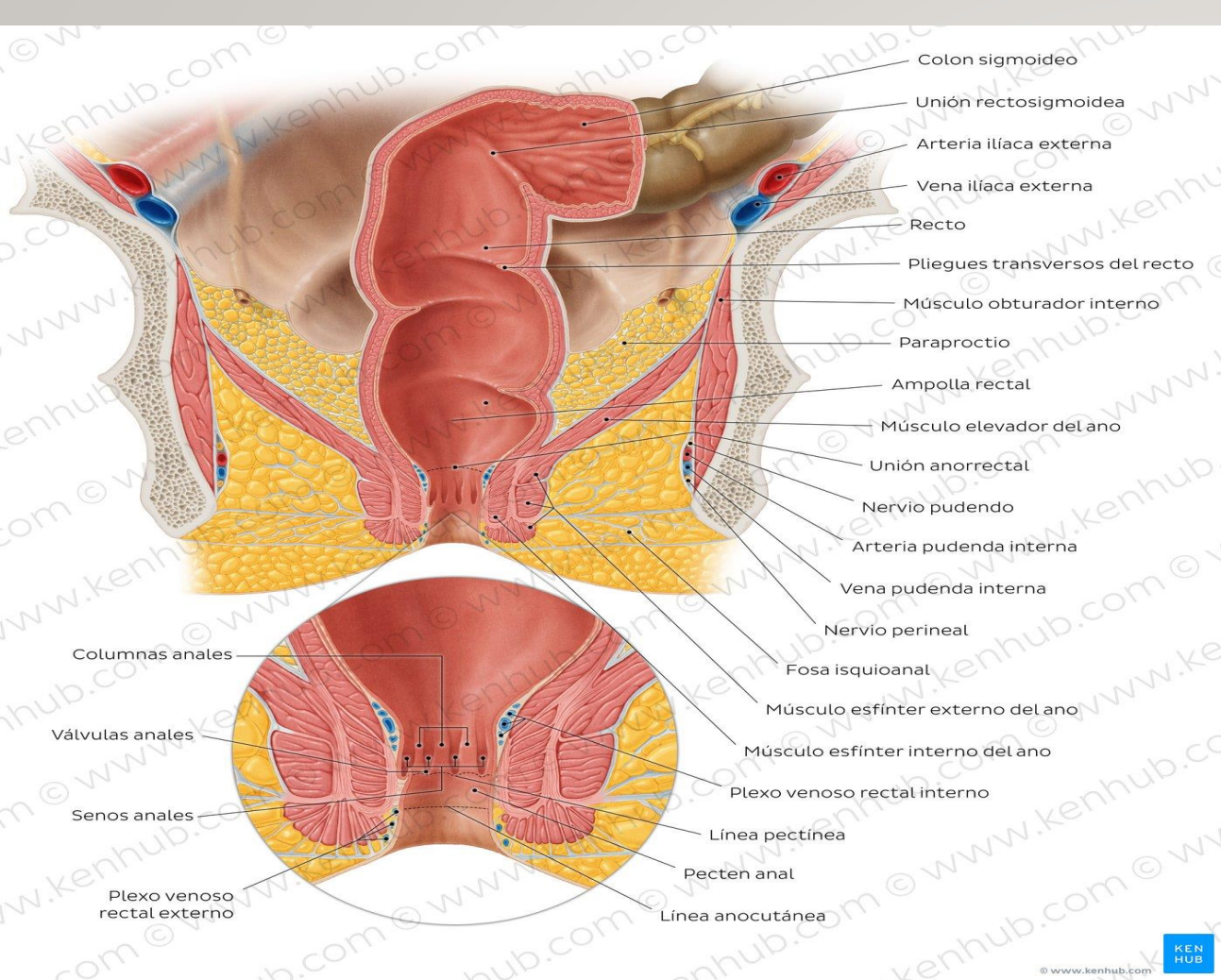
Flexura Sacra:

- El recto sigue la curvatura del sacro y el coxis, formando una curva hacia adelante.

Flexura Perineal:

- Cerca del final del recto, se dobla hacia abajo y hacia atrás para formar la unión con el canal anal.





4. Capas del Recto

Mucosa:

- La capa más interna, formada por epitelio cilíndrico simple con células caliciformes que secretan moco para lubricar el paso de las heces.

Submucosa:

- Contiene vasos sanguíneos, linfáticos y tejido conectivo.

Muscular:

- **Capa muscular interna (circular):** La capa interna de músculo liso.

- **Capa muscular externa (longitudinal):** La capa externa de músculo liso.

Adventicia/Serosa:

- La capa más externa; la parte superior del recto está cubierta por peritoneo (serosa), mientras que la parte inferior está rodeada por tejido conectivo (adventicia).

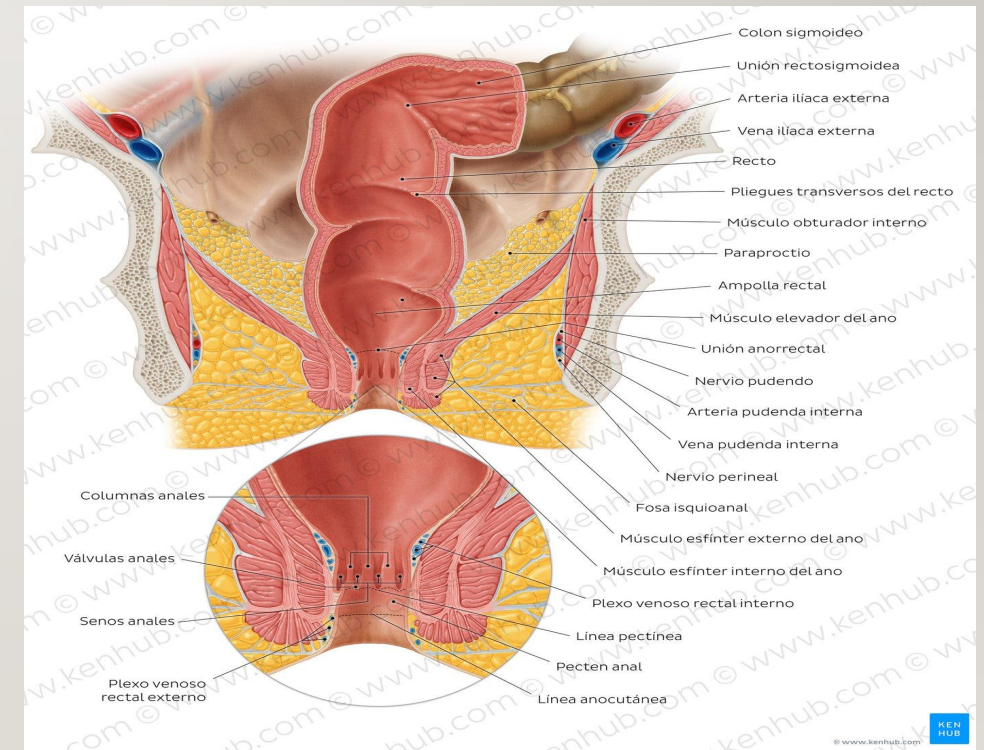
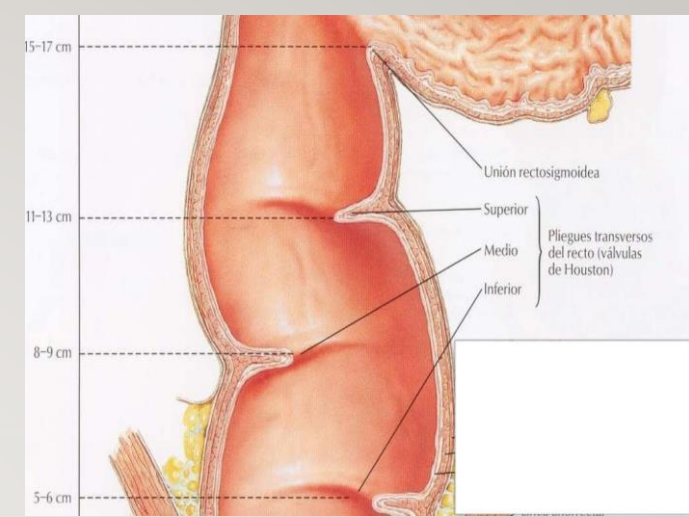
5. Vasculatura

Arterial:

- La irrigación arterial del recto proviene principalmente de:
 - **Arteria rectal superior** (rama de la arteria mesentérica inferior).
 - **Arterias rectales medias** (ramas de la arteria iliaca interna).
 - **Arterias rectales inferiores** (ramas de la arteria pudenda interna).

Venosa:

- El drenaje venoso se realiza a través de:
 - **Vena rectal superior** (drena en la vena mesentérica inferior y luego en la vena porta).
 - **Venas rectales medias e inferiores** (drenan en la vena iliaca interna y luego en la vena cava inferior).



6. Inervación

Sensitiva:

- La inervación sensitiva del recto es proporcionada por los nervios aferentes viscerales, que viajan con los nervios espláncnicos pélvicos (S2-S4).

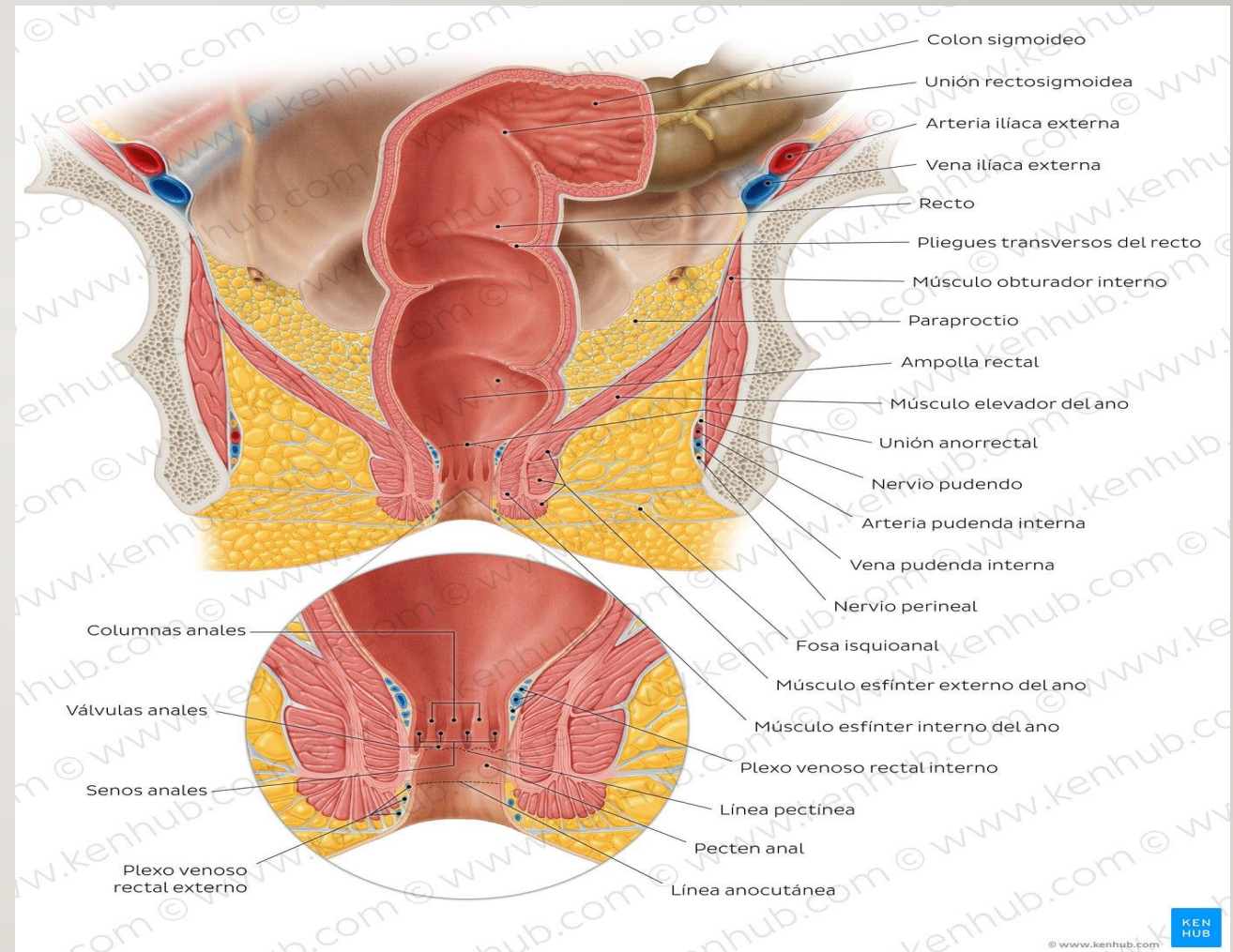
Motora:

- La inervación motora del recto está mediada por los nervios espláncnicos pélvicos (parasimpáticos) y los nervios hipogástricos (simpáticos).

7. Función Linfática

Drenaje Linfático:

- Los vasos linfáticos del recto drenan en los ganglios linfáticos mesentéricos inferiores y los ganglios linfáticos ilíacos internos y comunes.



8. FUNCIONES DEL RECTO

Almacenamiento de Heces:

- El recto actúa como un depósito temporal para las heces antes de la defecación.

Defecación:

- El recto desempeña un papel crucial en la expulsión de las heces. La distensión del recto estimula los reflejos nerviosos que desencadenan la necesidad de defecar.

Absorción de Agua y Electrolitos:

- Aunque esta función es limitada en comparación con el colon, el recto puede absorber pequeñas cantidades de agua y electrolitos.



ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ANO

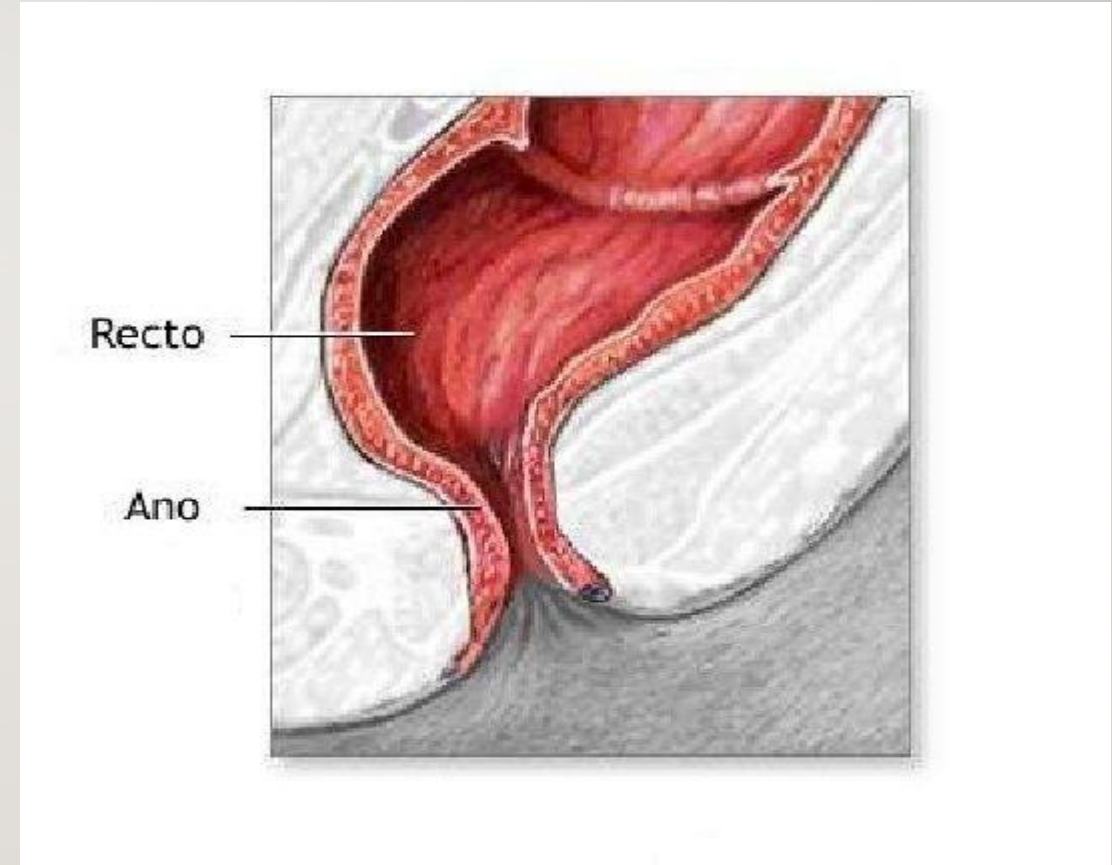
El ano es la porción terminal del tracto digestivo y tiene una estructura anatómica especializada que le permite cumplir con sus funciones.

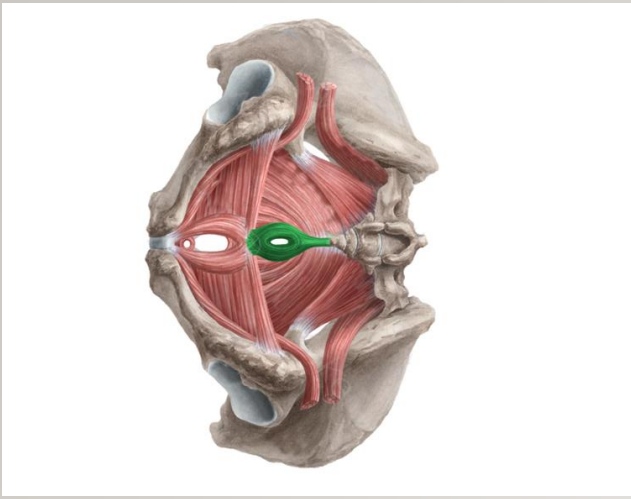
A continuación se describe la **anatomía del ano**:

I. Estructura General

Canal Anal:

- El canal anal es un tubo corto (aproximadamente 2.5-4 cm de longitud) que conecta el recto con el exterior del cuerpo. Se extiende desde la línea pectínea hasta el borde anal.





2. Capas del Canal Anal

Mucosa:

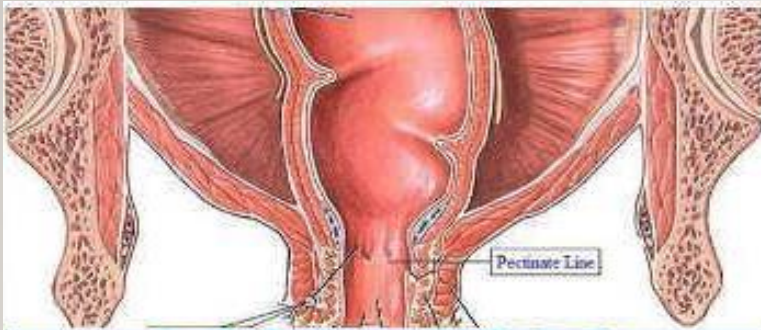
- La capa interna del canal anal está revestida de una mucosa que cambia de un epitelio columnar simple en la parte superior a un epitelio escamoso estratificado en la parte inferior. En la línea pectínea, la transición se hace evidente.

Submucosa:

- Debajo de la mucosa se encuentra la submucosa, que contiene vasos sanguíneos, nervios y tejido conectivo.

Muscular:

- La capa muscular del canal anal está compuesta por los esfínteres anales, que son cruciales para el control de la defecación.



3. Esfínteres Anales

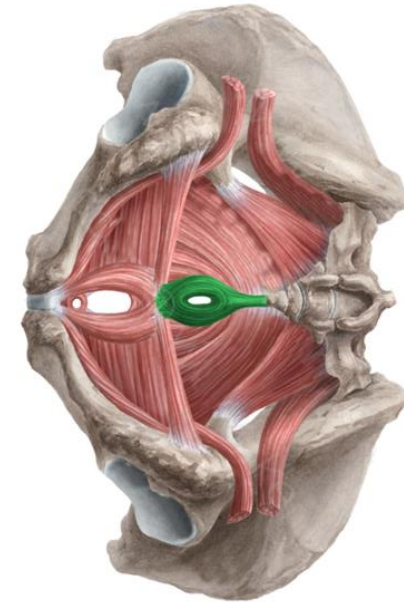
Esfínter Anal Interno:

- Compuesto de músculo liso involuntario.
- Se encuentra en la parte interna del canal anal y se encarga de mantener el tono de reposo que previene la fuga de heces.

Esfínter Anal Externo:

- Compuesto de músculo estriado voluntario.
- Rodea al esfínter anal interno y proporciona control voluntario sobre la defecación. Este músculo está inervado por el nervio pudendo.

Esfínter externo del ano



5. Vasculatura

Arterial:

- La irrigación arterial del canal anal proviene principalmente de las arterias hemorroidales superior, media e inferior.

Venosa:

- El drenaje venoso se realiza a través del plexo venoso hemorroidal, que drena en las venas hemorroidales superior (parte del sistema portal) y media e inferior (parte del sistema sistémico).

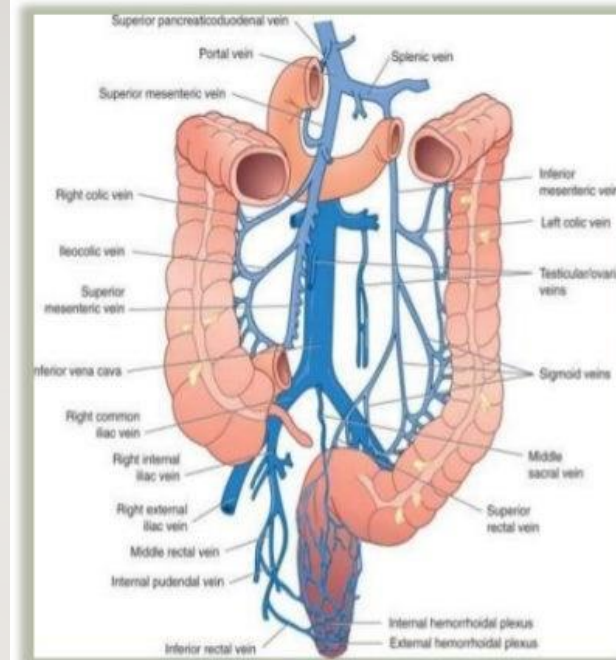
6. Inervación

Sensitiva:

- La inervación sensitiva del canal anal es proporcionada por los nervios rectales inferiores (ramas del nervio pudendo) y los nervios del plexo hipogástrico inferior. La parte inferior del canal anal es muy sensible al dolor, la temperatura y el tacto.

Motora:

- La inervación motora del esfínter anal externo es proporcionada por el nervio pudendo.



Moore Anatomía con orientación clínica, edición 7, capítulo 3

Vena rectal superior

Vena rectal media

Vena rectal inferior

8. Línea Pectínea

Línea Pectínea:

- Una línea dentada que marca la transición entre la mucosa rectal y el epitelio escamoso del canal anal. Es un punto de referencia importante para la anatomía y la patología del ano

FUNCIONES DEL ANO

El ano es una parte fundamental del sistema digestivo y tiene varias funciones importantes. Aquí se describen sus principales roles:

1. Control de la Defecación

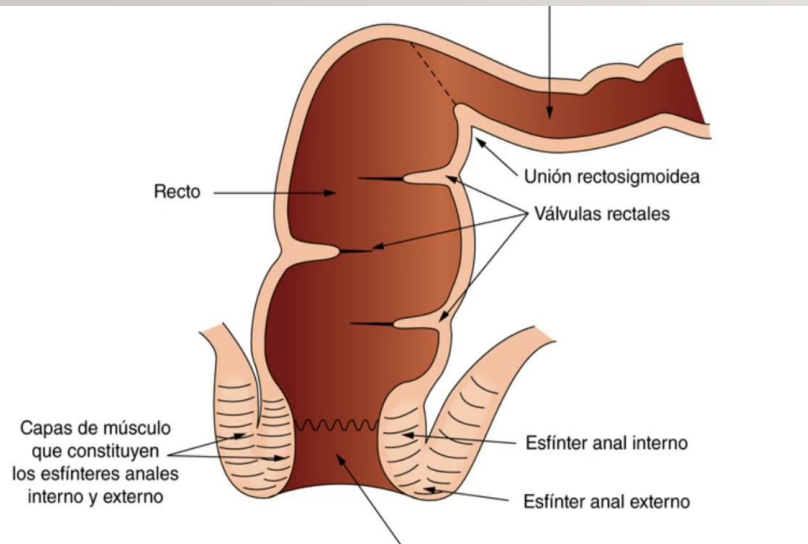
Esfínteres Anales:

- **Esfínter anal interno:** Es un músculo involuntario compuesto de músculo liso que se mantiene cerrado para prevenir la liberación involuntaria de las heces. Se relaja automáticamente cuando las heces llegan al recto.

- **Esfínter anal externo:** Es un músculo voluntario compuesto de músculo estriado, que permite el control consciente de la defecación. Puede contraerse para retener las heces hasta que sea conveniente expulsarlas.

2. Expulsión de las Heces

El ano es el orificio a través del cual las heces son expulsadas del cuerpo durante la defecación. El proceso implica la coordinación de los músculos del recto y los esfínteres anales para permitir la salida controlada de las heces.



3. Protección y Sensación

Función sensorial:

•El ano contiene receptores sensoriales que detectan la presencia de heces o gases en el recto. Esto permite la diferenciación entre gas y heces y proporciona la sensación de urgencia para defecar.

Protección:

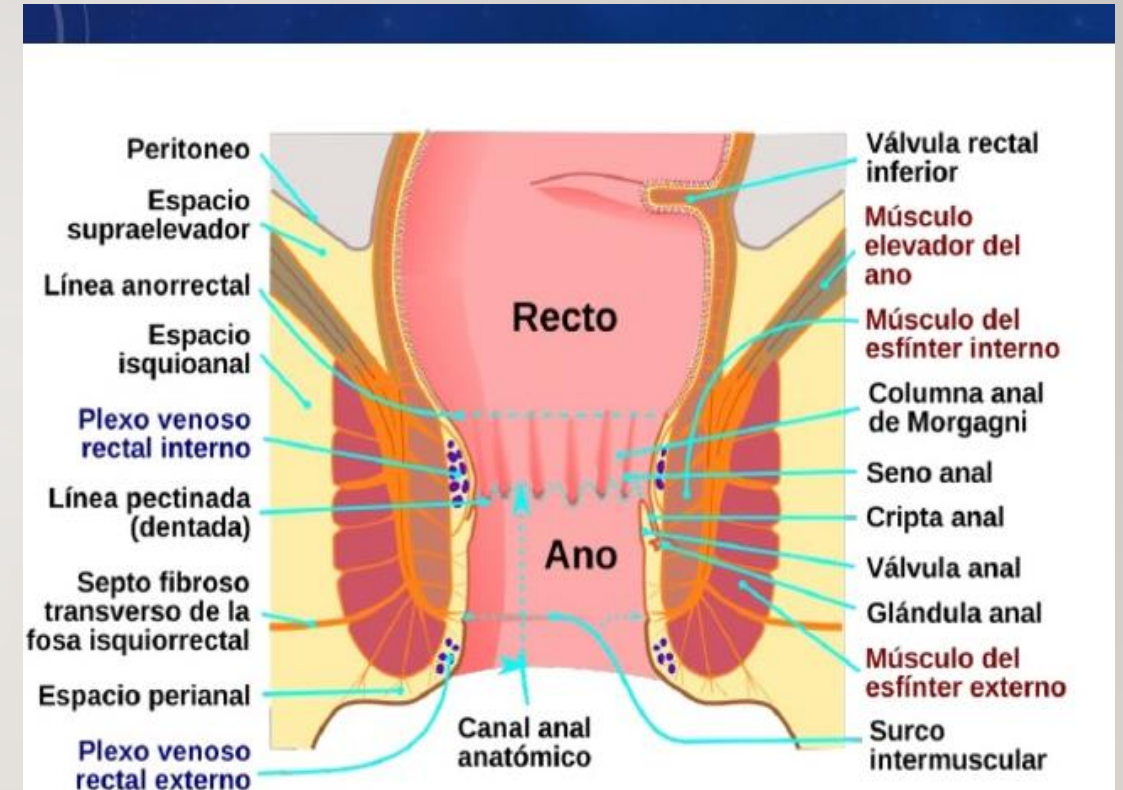
•La piel alrededor del ano y el canal anal tiene un revestimiento especial que protege contra la irritación y el daño causados por el paso de las heces. También actúa como una barrera contra infecciones.

4. Función en la Continencia

El ano, junto con los músculos del suelo pélvico y los esfínteres anales, juega un papel crucial en la continencia fecal, que es la capacidad de retener las heces hasta que sea apropiado eliminarlas.

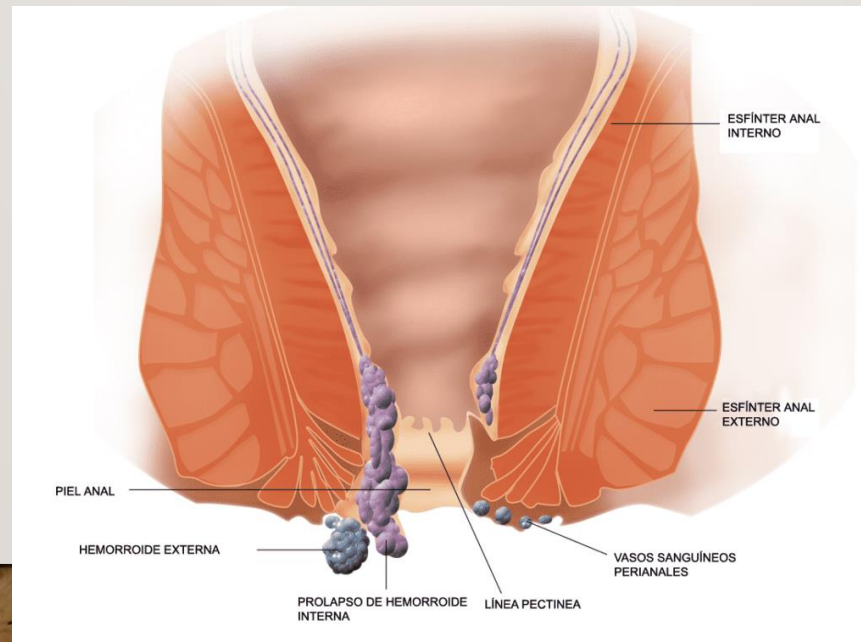
5. Participación en la Salud Digestiva

El correcto funcionamiento del ano es vital para la salud digestiva en general, ya que cualquier disfunción puede llevar a problemas como incontinencia fecal, estreñimiento, hemorroides y fisuras anales.



CONCEPTO

- La hemorroidectomía es una intervención quirúrgica que consiste en extirpar las hemorroides cuando no se pueden reducir por otras vías, son muy voluminosas y causan sangrado.



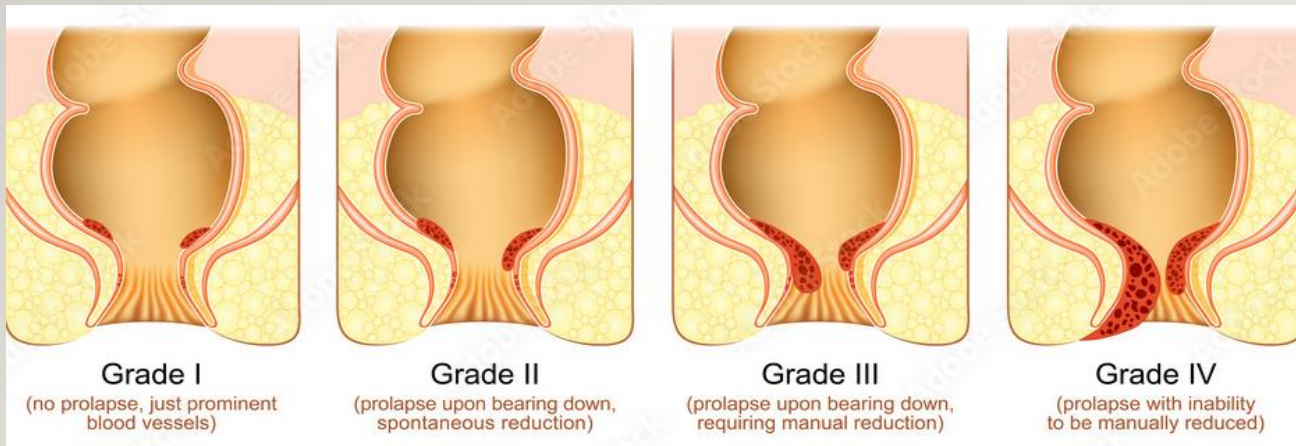
CLASIFICACIÓN

Tipos de hemorroides

Se clasifican según su apariencia y grado de prolapso:

- Grado I: hemorroides no prolapsadas. Los síntomas son el sangrado escaso.
- Grado II: prolapso de hemorroides con el esfuerzo pero se reduce espontáneamente. Los síntomas son sangrado y protrusión reversible
- Grado III: prolapso de hemorroides que requieren reducción manual, no se reducen espontáneamente. Los síntomas son sangrado sin reducción espontánea, pero sí manual.
- Grado IV: hemorroides prolapsantes no reducibles que incluyen hemorroides encarceladas con trombosis aguda. Los síntomas son sangrado, protrusión irreversible y humedad en la región anal. ^(3,4)

Grado	Prolapso	Síntomas
I	No	Hemorragia rectal (rectorragia)
II	Al defecar, se resuelven espontáneamente	Prolapso, rectorragia, discomfort
III	Al defecar o de manera espontánea sin esfuerzos, suelen requerir reducción manual	Prolapso, rectorragia, discomfort, ensuciamiento de la ropa interior, secreción, ocasionalmente prurito
IV	Persistentes, no se pueden reducir manualmente	Prolapso, rectorragia, dolor, trombosis, ensuciamiento de la ropa interior,



CLASIFICACIÓN DE LA HEMORROIDECTOMÍA

I. Según la técnica quirúrgica

Hemorroidectomía abierta (Hemorroidectomía de Milligan-Morgan):

- En este procedimiento, las hemorroides se extirpan y las heridas se dejan abiertas para que cicatricen por segunda intención. Este método es efectivo pero puede ser doloroso y requiere un tiempo de recuperación prolongado.

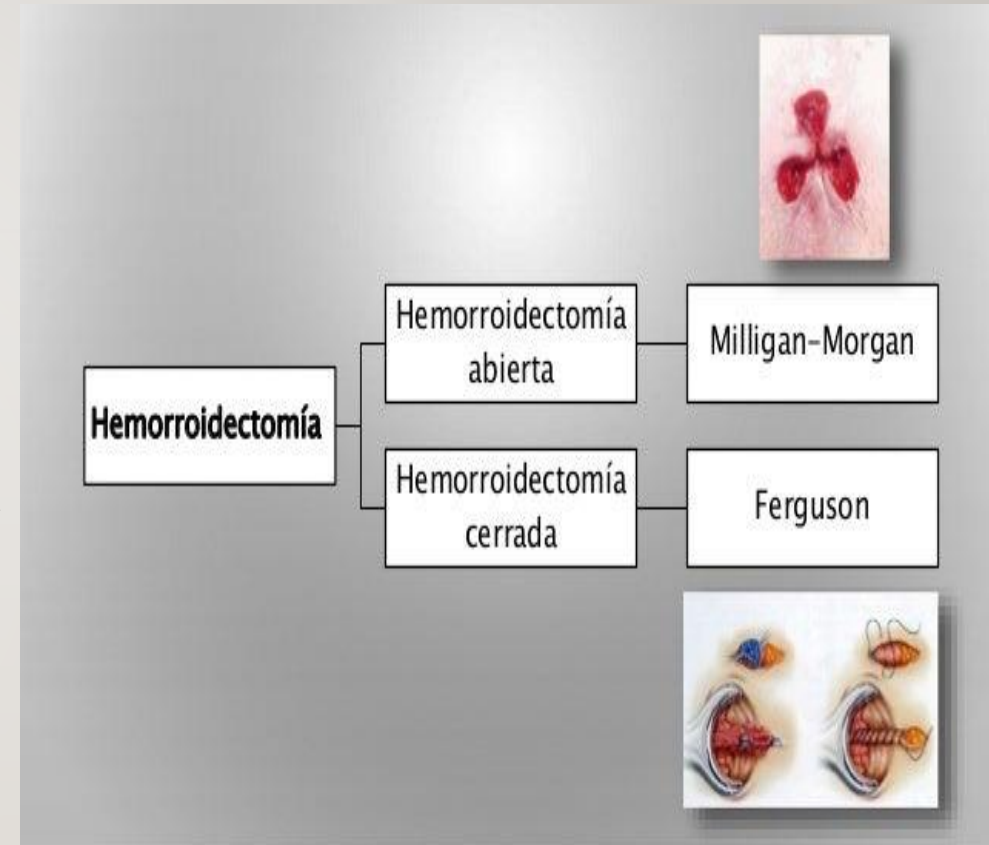
Hemorroidectomía cerrada (Hemorroidectomía de Ferguson):

- Similar a la técnica abierta, pero las heridas se suturan cerradas después de extirpar las hemorroides. Se asocia con menos dolor postoperatorio y una recuperación más rápida en comparación con la técnica abierta

-

Hemorroidectomía submucosa (Hemorroidectomía de Parks):

- Las hemorroides se extirpan preservando la mucosa que las recubre. Esta técnica intenta minimizar el daño a los tejidos circundantes y reducir el dolor postoperatorio.



2. Según el método de coagulación

Hemorroidectomía con láser:

- Utiliza un láser para extirpar las hemorroides, lo que puede reducir el sangrado y el dolor postoperatorio. La recuperación tiende a ser más rápida que con las técnicas tradicionales.

Hemorroidectomía con energía bipolar o con bisturí ultrasónico:

- Utilizan energía térmica para cortar y coagular simultáneamente el tejido hemorroidal. Estas técnicas pueden reducir el sangrado intraoperatorio y acortar el tiempo de la cirugía



3. Procedimientos menos invasivos

Hemorroidopexia con engrapadora (Procedimiento para prolapso y hemorroides - PPH):

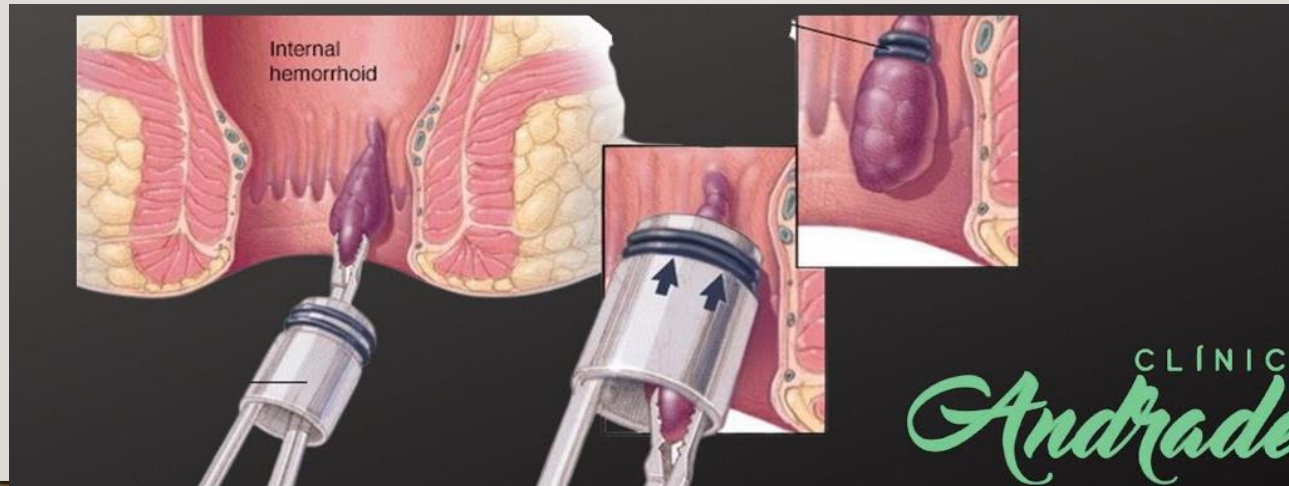
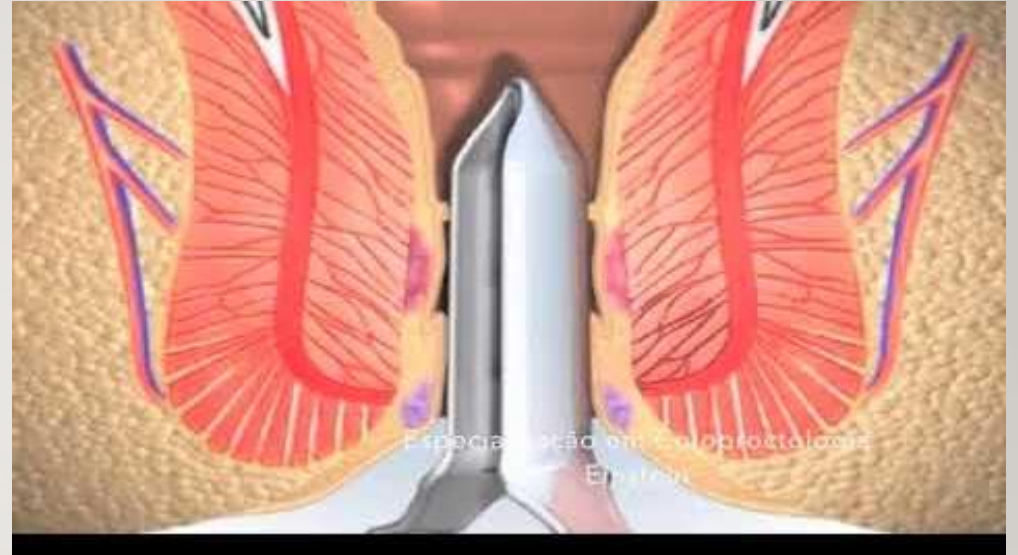
- No extirpa las hemorroides sino que las reposiciona a su lugar original y corta parte del tejido prolapsado. Es menos dolorosa y permite una recuperación más rápida en comparación con la hemorroidectomía tradicional.

Ligadura con banda elástica:

- No es una hemorroidectomía en sí, pero es un procedimiento común en el que se coloca una banda elástica alrededor de la base de la hemorroide para cortar el suministro de sangre, haciendo que se marchite y caiga.

Escleroterapia:

- Involucra la inyección de una solución química en las hemorroides para reducirlas. Es una técnica menos invasiva pero puede no ser tan efectiva para hemorroides grandes.



4. Clasificación según la ubicación

Hemorroidectomía interna:

- Para hemorroides internas que se encuentran dentro del recto y generalmente no son visibles desde el exterior.

Hemorroidectomía externa:

- Para hemorroides externas que se encuentran bajo la piel alrededor del ano y son visibles desde el exterior.

Cada técnica tiene sus propias indicaciones, ventajas y desventajas, y la elección del método depende de varios factores, incluyendo el grado y la severidad de las hemorroides, la experiencia del cirujano, y las preferencias del paciente.



OBJETIVOS

- **Alivio del Dolor:** Reducir o eliminar el dolor asociado con las hemorroides, especialmente en casos donde hay trombosis (coágulos de sangre en las hemorroides) o ulceración.
- **Reducción de Sangrado:** Controlar o eliminar el sangrado rectal que ocurre con frecuencia en personas con hemorroides, previniendo la anemia y otras complicaciones.
- **Mejora del Desempeño Funcional:** Aliviar los síntomas que interfieren con las actividades diarias, como el dolor durante la defecación, la sensación de evacuación incompleta o la incomodidad al sentarse.
- **Prevención de Prolapso:** Tratar las hemorroides prolapsadas que no pueden ser manejadas mediante métodos no quirúrgicos, evitando que se salgan del ano y causen molestias adicionales.
- **Reducción de la Inflamación:** Disminuir la hinchazón y la inflamación asociadas con las hemorroides.
- **Mejora de la Calidad de Vida:** En general, mejorar la calidad de vida del paciente al eliminar o reducir significativamente los síntomas asociados con las hemorroides.



TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA HEMORROIDECTOMÍA

1. Hemorroidectomía Abierta (Técnica de Milligan-Morgan)

Procedimiento:

1. Anestesia: Se administra anestesia general o espinal.

2. Posicionamiento: El paciente se coloca en posición de litotomía o en posición prona jackknife.

3. Incisión: Se hacen incisiones en la piel sobre cada hemorroide.

4. Exposición: Se exponen las hemorroides separando cuidadosamente los tejidos circundantes.

5. Ligadura y Excisión: Se liga la base de cada hemorroide con suturas absorbibles y se excisa el tejido hemorroidal.

6. Dejar la Herida Abierta: Las heridas se dejan abiertas para que cicatricen por segunda intención.

7. Cierre: Se controla el sangrado, se aplican apósitos y se coloca una gasa con ungüento para ayudar en la cicatrización.



Ventajas:

- Eficaz para grandes hemorroides.
- Menor tasa de recurrencia.

Desventajas:

- Dolor postoperatorio significativo.
- Cicatrización lenta.

2. Hemorroidectomía Cerrada (Técnica de Ferguson)

Procedimiento:

- 1. Anestesia y Posicionamiento:** Similar a la técnica de Milligan-Morgan.
- 2. Incisión y Exposición:** Similar a la técnica de Milligan-Morgan.
- 3. Ligadura y Excisión:** Similar a la técnica de Milligan-Morgan.
- 4. Suturas:** Las heridas se suturan cerradas con suturas absorbibles.
- 5. Cierre:** Se aplica presión para controlar el sangrado y se colocan apósitos.

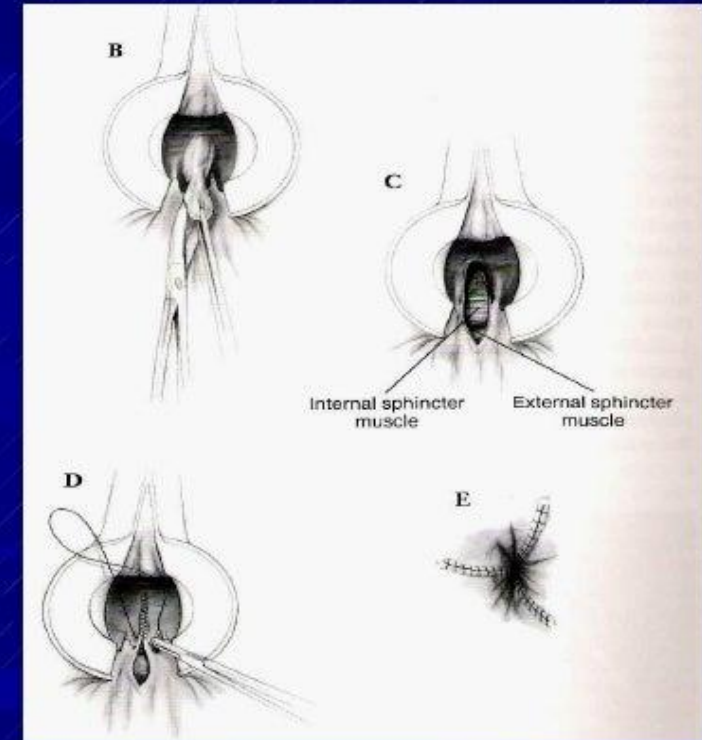
Ventajas:

- Menor dolor postoperatorio en comparación con la técnica abierta.
- Cicatrización más rápida.

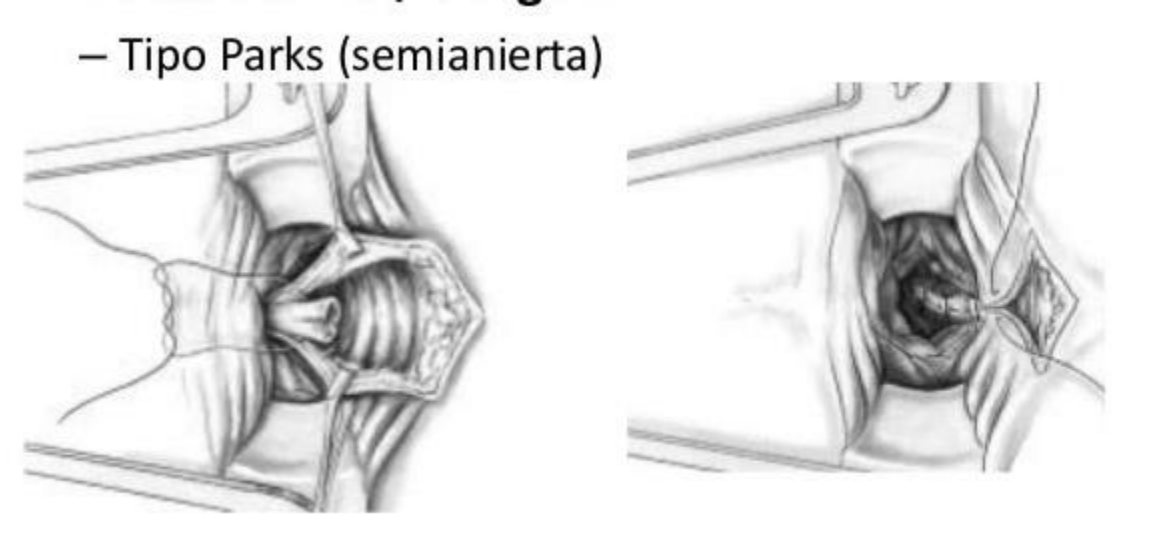
Desventajas:

- Riesgo de infección de la herida.
- Puede haber mayor riesgo de estenosis anal.

TECNICA CERRADA DE FERGUSON



– Tipo Parks (semianierta)



3. Hemorroidectomía Submucosa (Técnica de Parks)

Procedimiento:

- 1. Anestesia y Posicionamiento:** Similar a las técnicas anteriores.
- 2. Incisión:** Se realiza una incisión en la mucosa rectal sobre cada hemorroide.
- 3. Desprendimiento:** Se desprende la mucosa y submucosa para exponer las hemorroides.
- 4. Excisión:** Se extirpan las hemorroides, preservando la mucosa.
- 5. Cierre:** La mucosa se sutura de nuevo en su lugar con suturas absorbibles.

Ventajas:

- Menos dolor postoperatorio.
- Mejor preservación del tejido mucoso.

Desventajas:

- Técnica más compleja.
- Puede haber mayor tiempo quirúrgico.

4. Hemorroidopexia con Grapadora (Procedimiento para Prolapso y Hemorroides - PPH)

Procedimiento:

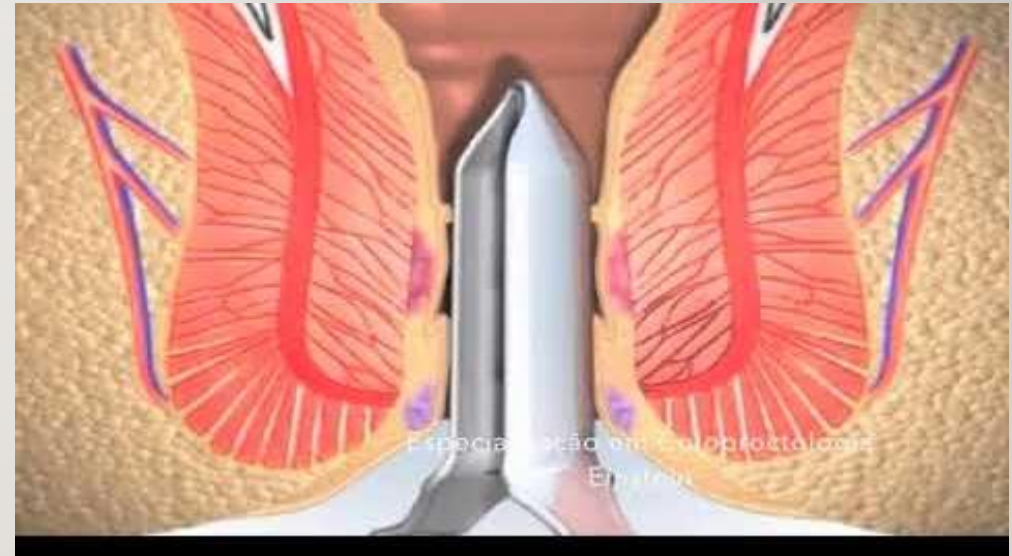
- 1. Anestesia y Posicionamiento:** Similar a las técnicas anteriores.
- 2. Dispositivo de Grapado:** Se inserta un dispositivo circular de grapado en el canal anal.
- 3. Reposicionamiento:** El dispositivo reposiciona el tejido hemorroidal prolapsado hacia su posición original.
- 4. Grapado y Excisión:** El dispositivo corta un anillo de tejido prolapsado y grapado simultáneamente el borde restante, lo que reposiciona las hemorroides y corta su suministro de sangre.
- 5. Cierre:** Se revisa el área para asegurar hemostasia y se aplican apósitos.

Ventajas:

- Menos dolor postoperatorio.
- Recuperación más rápida.
- Menos sangrado intraoperatorio.

Desventajas:

- Riesgo de complicaciones específicas del grapado, como estenosis.
- No es adecuado para todas las formas de hemorroides.



5. Hemorroidectomía con Láser

Procedimiento:

1. Anestesia y Posicionamiento: Similar a las técnicas anteriores.

2. Láser: Se utiliza un láser para cortar y coagular las hemorroides.

3. Excisión: Las hemorroides se eliminan con el láser, lo que minimiza el sangrado.

4. Cierre: Generalmente, no se requieren suturas debido a la coagulación del láser.

Ventajas:

- Menor sangrado.
- Menos dolor postoperatorio.
- Recuperación más rápida.

Desventajas:

- Disponibilidad limitada.
- Puede ser más costoso.
- No adecuado para hemorroides muy grandes.

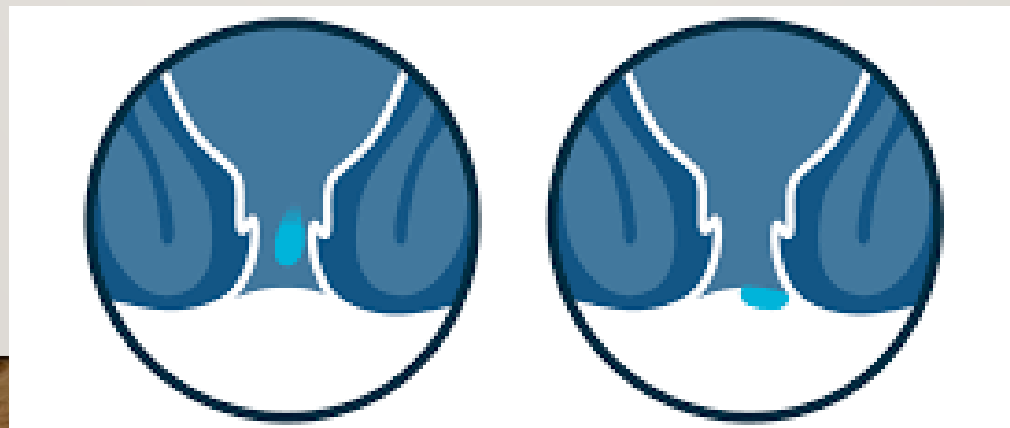


INDICACIONES

- Las indicaciones para una hemorroidectomía incluyen:
- -Hemorroides internas que no responden al tratamiento conservador como cambios en la dieta, aumento de la ingesta de fibra, baños de asiento y cremas tópicas.
- -Hemorroides externas trombosadas o con sangrado persistente.
- -Hemorroides que causan dolor intenso o dificultan las actividades diarias.
- -Hemorroides que han causado complicaciones como anemia por pérdida de sangre.
- -Hemorroides que han sido diagnosticadas como causantes de otros problemas de salud, como fisuras anales o prolapso rectal.
- Es importante que el procedimiento sea realizado por un cirujano experimentado y que se informe al paciente sobre los riesgos y beneficios de la cirugía, así como de los cuidados postoperatorios necesarios para una adecuada recuperación.

COMPLICACIONES

- Retención urinaria 10%
- Hemorragia:
- Inmediata por mala hemostasia.
- Tardía: (alrededor del 7mo día, por la caída de la escara, generalmente suceden espontáneamente.



PREPARACIÓN PREOPERATORIA

1. Evaluación Médica Completa:

- **Historial Médico y Examen Físico:** El médico revisará el historial médico completo y realizará un examen físico para asegurarse de que el paciente esté en buen estado de salud para someterse a la cirugía.
- **Pruebas de Laboratorio:** Pueden incluir análisis de sangre, pruebas de coagulación y otras pruebas específicas según la condición del paciente.

2. Consulta con el Anestesiólogo:

- Evaluación del paciente para determinar el tipo de anestesia más adecuado y discutir cualquier alergia o reacción previa a anestesia.



3. Medicamentos:

- **Suspensión de Medicamentos:** El médico puede recomendar suspender ciertos medicamentos, especialmente anticoagulantes y antiinflamatorios, que pueden aumentar el riesgo de sangrado durante la cirugía.
- **Indicaciones de Medicamentos:** El paciente puede recibir instrucciones sobre qué medicamentos debe tomar o suspender antes de la cirugía.

4. Ayuno:

- **Instrucciones de Ayuno:** Generalmente, se aconseja al paciente no comer ni beber nada después de la medianoche del día anterior a la cirugía para evitar complicaciones con la anestesia.



5. Higiene y Preparación del Área Quirúrgica:

- **Baño y Limpieza:** Se recomienda un baño completo el día de la cirugía y la limpieza del área perianal según las indicaciones del médico.
- **Enema o Laxantes:** En algunos casos, el médico puede recomendar un enema o laxantes suaves para limpiar el colon y el recto antes de la cirugía.

6. Ayuda para el Transporte y el Postoperatorio:

- **Acompañamiento:** Es importante que el paciente tenga a alguien que lo acompañe y lo transporte de vuelta a casa después de la cirugía, ya que no podrá conducir.
- **Preparación del Hogar:** Preparar el hogar para la recuperación, asegurando que haya suministros necesarios y un lugar cómodo para descansar.



7. Instrucciones Específicas del Cirujano:

- **Instrucciones Personalizadas:** Seguir cualquier instrucción específica que el cirujano proporcione, que puede incluir dieta, ejercicios específicos o cuidados especiales antes de la cirugía.

8. Educación sobre el Procedimiento y la Recuperación:

- **Información sobre la Cirugía:** El paciente debe estar bien informado sobre lo que implica la cirugía, el procedimiento en sí, los riesgos y beneficios, y las expectativas para la recuperación.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRANSOPERATORIO

- I. Preparar al paciente: antes de la cirugía, se debe asegurar que el paciente esté debidamente preparado física y emocionalmente. Esto implica explicarle detalladamente el procedimiento, obtener su consentimiento informado, verificar que haya seguido las instrucciones preoperatorias, como ayuno y limpieza intestinal, y administrar los medicamentos preoperatorios según lo prescrito.



2. Control de signos vitales: durante la cirugía, es fundamental monitorizar constantemente los signos vitales del paciente, como la presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura, para detectar cualquier complicación potencial de forma temprana.

3. Posicionamiento del paciente: es importante posicionar al paciente de forma adecuada en la mesa quirúrgica para garantizar su comodidad y seguridad durante la cirugía. Esto puede implicar colocar almohadas debajo de sus piernas o brazos para evitar la compresión de nervios y vasos sanguíneos, así como asegurar que esté correctamente alineado para facilitar el acceso quirúrgico.



4. Preparación del área quirúrgica: el equipo de enfermería debe colaborar con los cirujanos en la preparación del área quirúrgica, asegurando que todos los materiales y equipos necesarios estén disponibles y esterilizados. Además, es importante mantener un ambiente limpio y ordenado para prevenir infecciones intraoperatorias.

5. Administración de medicamentos: durante la cirugía, se pueden administrar medicamentos intravenosos, como analgésicos, antibióticos y sedantes, según las necesidades del paciente y las indicaciones médicas. Es importante mantener un registro detallado de la administración de fármacos y monitorizar cualquier efecto adverso.

6. Asistencia al cirujano: durante la cirugía, el equipo de enfermería debe colaborar estrechamente con el cirujano, proporcionando los instrumentos necesarios, asistiendo en la colocación de suturas y drenajes, y ayudando a mantener un ambiente quirúrgico seguro y eficiente.



7. Cuidados postoperatorios inmediatos: una vez finalizada la cirugía, es fundamental realizar una evaluación exhaustiva del paciente, controlando sus signos vitales y nivel de conciencia, y vigilando la presencia de sangrado o complicaciones. Además, se deben administrar las analgesias y fluidos intravenosos necesarios para garantizar la comodidad y estabilidad del paciente.

- En resumen, los cuidados de enfermería transoperatorios de una hemorroidectomía incluyen la preparación del paciente, control de signos vitales, posicionamiento adecuado, preparación del área quirúrgica, administración de medicamentos, asistencia al cirujano y cuidados postoperatorios inmediatos. Es fundamental seguir protocolos y procedimientos establecidos para garantizar la seguridad y bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico.



USO DE MESAS

PREPARACIÓN DE LA MESA DE MAYO

ESTA MESA SE DEBE VESTIR CON UNA FUNDA SIMILAR A LA DE UNA ALMOHADA PARA CUBRIR DE ESTA MANERA TODA LA BANDEJA Y QUE LA FUNDA CAIGA A LO LARGO DE SU PATA.

LA MESA SE DISTRIBUYE EN CUATRO PARTES, PERO EL INSTRUMENTISTA ACOMODARÁ EL MATERIAL DE ACUERDO AL ORDEN EN QUE TRABAJARÁ EL CIRUJANO Y SEGÚN LOS TIEMPOS DE CIRUGÍA.

PREPARACIÓN DE LA MESA DE RIÑÓN:

PARA SU PREPARACIÓN SE LE COLOCA UNA FUNDA QUE VISTA TOTALMENTE A LA MESA.

POSTERIORMENTE, LA MESA SE DIVIDE EN TRES PARTES CON EL FIN DE ORGANIZAR EL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN CIRUGÍA GENERAL DEPENDIENDO DE SU FUNCIÓN Y DE LOS TIEMPOS EN LOS CUALES SE EMPLEARÁN.

EN EL LADO DERECHO DE LA MESA SE SITÚA EL MATERIAL TEXTIL DEL PACIENTE, COMPRESAS, CAMPOS EXTRAS Y GUANTES.

LAVADO QUIRÚRGICO

- 1. Lavado social
- 2. Lavado clínico
- 3. Lavado quirúrgico
- El lavado de manos quirúrgico es un procedimiento que se realiza antes de entrar a quirófano para reducir al máximo la presencia de microorganismos en las manos del personal médico y prevenir infecciones durante la cirugía. Este proceso se realiza de la siguiente manera:
- Retirar cualquier joya o accesorio de las manos y antebrazos.



- Humedecer las manos con agua y aplicar jabón antiséptico.
- Frotar las manos con el jabón durante al menos 5 minutos, prestando especial atención a las uñas, dedos y entre los dedos.
- Enjuagar las manos con agua tibia.
- Secar las manos con una toalla desechable.
- Cubrirse las manos y antebrazos con una bata estéril o toalla quirúrgica.
- Es importante seguir este procedimiento de manera rigurosa para garantizar la máxima eficacia en la reducción de microorganismos en las manos y prevenir infecciones durante la cirugía.



DESPUÉS DEL LAVADO DE MANOS

-Sécalas con una toalla de papel desechable.

-Usa la toalla de papel desechable para cerrar la llave de agua.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

ANESTESIA:

LA TÉCNICA ANESTÉSICA DE ELECCIÓN PUEDE SER TANTO UNA ANESTESIA GENERAL CON MASCARILLA LARÍNGEA O UNA ANESTESIA RAQUÍDEA.

POSICIÓN:

SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA Y SE DESINFECTA EL PERINÉ Y EL ANO CON CLOREXIDINA ACUOSA.

CAMPOS QUIRÚRGICOS:

SE COLOCAN LOS CAMPOS QUIRÚRGICOS Y SE REALIZA UNA INSPECCIÓN VISUAL DE LOS PLEXOS HEMORROIDALES MEDIANTE UNA VALVA DE MEDIA CAÑA PREVIAMENTE VASELINADA.



PINZAS:

SE UTILIZAN PINZAS DE ALLIS PARA TRACCIONAR LA PIEL PERINEAL Y PODER TRACCIONAR LA HEMORROIDE. SE DA UN PUNTO DE TRANSFIXIÓN EN EQUIS CON POLIGLATIN 2-0, INCLUYENDO EL PEDÍCULO. SE USA TIJERA METZEMBAU, BISTURÍ ELÉCTRICO, PINZA LIGASURE O PINZA HARMÓNICO PARA LA RESECCIÓN DEL PAQUETE HEMORROIDAL EVITANDO COMPROMETER LA FIBRAS DEL ESFÍNTER ANAL EXTERNO. SE VUELVE A LIGAR EL PEDÍCULO CON LOS CABOS REMANENTES DE LA SUTURA. SE DEJA UNA GASA VASELINADA Y UNA COMPRESA SIN HACER COMPRESIÓN.

EQUIPO Y APARATOS MÉDICOS NECESARIOS

- Mesa quirúrgica
- Equipo de electrocauterio
- Lámpara quirúrgica
- Fórceps de Allis
- Tijeras quirúrgicas
- Pinzas hemostáticas



- Suturas quirúrgicas
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Recipiente para residuos biológicos
- Jeringas y agujas
- Anestésicos locales y/o generales
- Abrebocas quirúrgico
- Portaagujas



- Irrigador quirúrgico
- Grapadora quirúrgica (en algunos casos)
- Especulo anal
- Cánulas dilatadoras
- Sonda rectal
- Bolsas de colostomía (en caso necesario)



BULTO DE ROPA

- En una hemorroidectomía, un procedimiento quirúrgico para extirpar las hemorroides, es importante contar con un bulto de ropa que incluya lo siguiente:
- Gorro o cofia quirúrgica para cubrir el cabello y mantener el área estéril.
- Mascarilla quirúrgica para proteger al paciente y al personal de salud de posibles contaminaciones.
- Bata quirúrgica estéril para el personal médico y el paciente.
- Guantes estériles para el personal médico.



- Campos quirúrgicos estériles para cubrir al paciente y delimitar el área de intervención.
- Pinza para dañar el instrumental quirúrgico.
- Sondas rectales estériles para procedimientos adicionales, si fuese necesario.
- Material de curación postoperatoria como apósitos estériles y gasas.



INSTRUMENTAL O CONTENIDO PARA UNA HEMORROIDECTOMÍA

LA ENFERMERA DE ANESTESIA COMO LA CIRCULANTE DEBEN DE ANTICIPARSE A PREPARAR TODO EL MATERIAL Y APARATAJE RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN.

-CAJA DE CIRUGÍA MENOR (DEBE DE CONTENER PINZAS CON Y SIN DIENTES, MOSQUITOS, KRILES, PINZAS ALLIS, PINZAS BABCOCK, TIJERA DE MAYO, TIJERA DE METEMBAU)

-SET UNIVERSAL

-ALFORJA

-VALVA ANAL DE MEDIA CAÑA

-BISTURÍ ELÉCTRICO O PINZA LIGASURE™ O PINZA HARMÓNICO® CON SUS RESPECTIVAS CONSOLAS



-MANGOS DE LÁMPARA

-GASAS Y COMPRESAS

-POLIGLACTIN 2-0

-VASELINA

-CLORHEXIDINA ACUOSA

-BOTES PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA CON FORMOL

INSTRUMENTAL Y SUTURAS

El instrumental utilizado en una hemorroidectomía es específico y variado, diseñado para facilitar la extirpación de las hemorroides de manera eficaz y segura. A continuación se describe el instrumental comúnmente empleado en este tipo de cirugía:

Instrumental Básico

1. Bisturí:

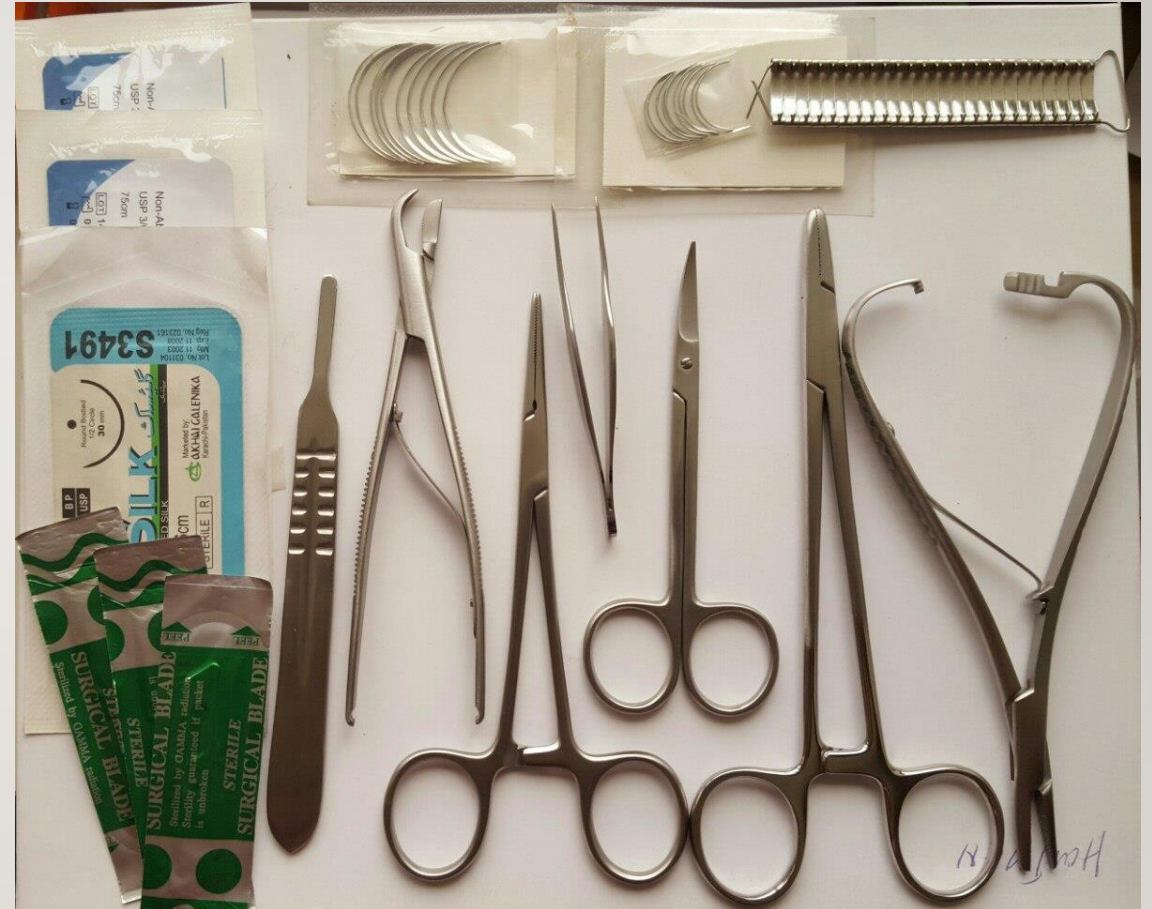
Utilizado para realizar incisiones precisas en la piel y el tejido subcutáneo.

Mango de bisturí (tamaños #3 y #4) con hojas desechables (generalmente #11 o #15).

2. Tijeras:

Tijeras de Mayo: Para cortar tejidos más gruesos.

Tijeras de Metzenbaum: Para disección fina y corte de tejidos delicados.



3.-Pinzas:

Pinzas de Adson: Para manipular y sostener la piel y tejidos delicados.

Pinzas de Allis: Para sujetar y traccionar tejidos.

Pinzas de disección con y sin dientes: Para manipular tejidos y facilitar la suturas.

4.-Sondas y Dilatadores:

Sonda rectal: Para evaluar la anatomía rectal.

Dilatadores anales (como el dilatador de Pratt): Para dilatar el canal anal y facilitar el acceso.



Instrumental Específico

5.Anuscopio:

Un instrumento tubular que se inserta en el canal anal para visualizar y exponer las hemorroides internas.

6.Rectoscopio:

Similar al anuscopio pero más largo, utilizado para la inspección y tratamiento del recto.

7.Retractores:

Retractor anal de Hill-Ferguson: Diseñado específicamente para mantener el canal anal abierto durante la cirugía.

Retractores de Weitlaner o Gelpi: Retractores autoestáticos que permiten una mejor exposición del área quirúrgica.

Surgical Homestic Forceps Set



Instrumental de Ligadura y Cauterización

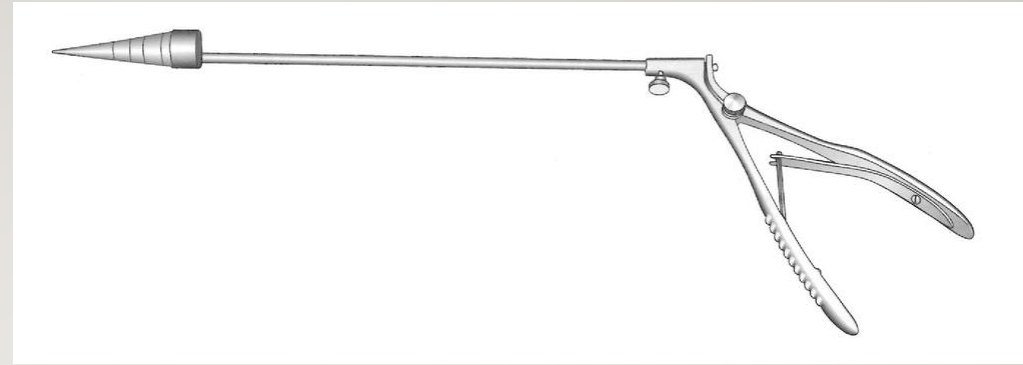
8.Ligador Hemorroidal:

Instrumento para colocar ligaduras elásticas alrededor de la base de las hemorroides.

9.Electrocauterio:

Utilizado para cortar tejido y coagular vasos sanguíneos para controlar el sangrado.

Bisturí eléctrico o diatermia bipolar.



Instrumental de Grapado

10.Dispositivo de Hemorroidopexia con Grapadora (PPH):

Un dispositivo especializado que reposiciona y corta el tejido hemorroidal prolapsado utilizando grapas circulares.



Instrumental para Suturar

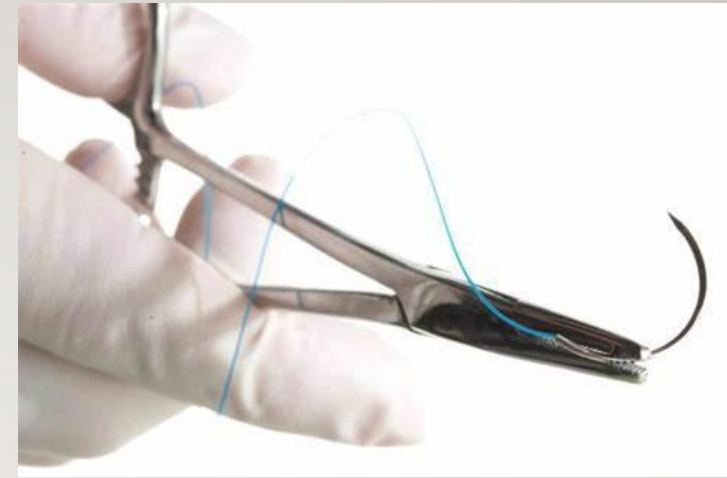
La selección del material y el tipo de suturas en una hemorroidectomía es crucial para asegurar una adecuada cicatrización, minimizar el dolor postoperatorio y reducir el riesgo de complicaciones. A continuación se detallan los materiales y tipos de suturas comúnmente utilizados en la hemorroidectomía:

I 1. Portaagujas:

Portaagujas de Mayo-Hegar o de Crile-Wood: Utilizado para suturar tejidos.

I 2. Agujas y Suturas:

Suturas absorbibles (como Vicryl o Monocryl) para cerrar heridas.



Recomendaciones Generales

- **Tamaño de la sutura:** Suturas finas (como 3-0 o 4-0) son preferibles para minimizar el trauma y la inflamación.
- **Técnica aséptica:** Es crucial mantener una técnica aséptica rigurosa para prevenir infecciones.
- **Manejo del dolor:** Seleccionar suturas absorbibles de alta calidad puede ayudar a reducir el dolor postoperatorio.

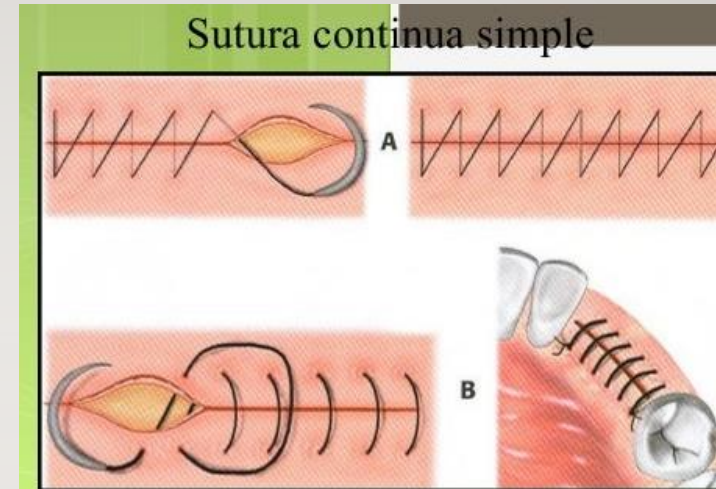
Consideraciones Específicas para Hemorroidectomía

1. Hemorroidectomía Cerrada (Ferguson):

1. **Material:** Suturas absorbibles como Vicryl o Monocryl.
2. **Tipo de sutura:** Se suele utilizar una sutura continua absorbible para cerrar la mucosa y la piel.

2. Hemorroidectomía Abierta (Milligan-Morgan):

1. **Material:** Generalmente no se requiere sutura ya que las heridas se dejan abiertas para cicatrizar por segunda intención. Sin embargo, se pueden utilizar suturas absorbibles para ligar los pedículos hemorroidales.



3.- Hemorroidectomía Submucosa (Parks):

1. **Material:** Suturas absorbibles.
2. **Tipo de sutura:** Suturas continuas o interrumpidas

1. Hemorroidopexia con Grapadora (PPH):

1. **Material:** Grapas de titanio o acero inoxidable que son absorbidas por el cuerpo.
2. **Tipo de sutura:** Grapas en lugar de suturas tradicionales.

Material Adicional

13. Jeringas y Agujas:

Para la administración de anestésicos locales.

14. Gasas y Esponjas:

Para absorber sangre y mantener el campo quirúrgico limpio.

15. Soluciones Antisépticas:

Para preparar el área quirúrgica y reducir el riesgo de infección.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- **Técnica de longo-pph**

El set de PPH consta de un dilatador anal circular, con su obturador y dilatador transparente, un anoscopio de sutura, una grapadora (stapler) circular de 33 mm con dos canales laterales y de un jala nudos o enhebrador.

Se utilizó la posición de litotomía en todos los pacientes. El dilatador anal circular se insertó para reducir el prolapso del anodermo, luego se retiró el obturador y el dilatador transparente se fijó a la piel perianal con seda permitiendo ver claramente la línea pectínea. Se introdujo el anoscopio para permitir la elaboración de una sutura circunferencial en jareta con polipropilene 2/0, exclusivamente de la mucosa y submucosa a 4 o 5 cm. sobre la línea pectínea. El *stapler* abierto completamente se introdujo dentro del canal anal, la sutura en jareta fue firmemente ajustada alrededor del eje del *stapler*. El jala nudos del set se utilizó para tirar de los extremos libres de la sutura por los canales laterales del *stapler*, mientras se hacía tracción en la sutura en jareta. Una vez posicionado adecuadamente, el *stapler* se cerró durante aproximadamente 30 segundos antes del disparo y 20 segundos después. Se observó la línea de grapas con el anoscopio para ver la presencia de sangrado, y en caso de existir se utilizaron puntos hemostáticos con poliglactina 3/0.

- **Técnica de Mitchell modificada**

1. Paciente en posición de litotomía, bajo anestesia regional (espinal).
2. Introducción del anoscopio de Fansler, identificación del plexo a resecar.
3. Se toma el plexo hemorroidal externo con pinza y se talla un colgajo de piel que lo incluye, hasta la línea pectínea. Hemostasia de la zona con electrobisturí.
4. Con pinza recta se toma el plexo hemorroidal interno en forma longitudinal (Figura 1).
5. Se pasa un punto de material absorbible, en el extremo de la pinza y se anuda (Figura 2).
6. Se resecan los plexos venosos por encima de la pinza (Figura 3).
7. Se realiza una sutura corrida por sobre la pinza hasta la línea pectínea (Figura 4), retirando posteriormente la pinza, tensando la sutura y anudando en el extremo. La piel se sutura con puntos intradérmicos del mismo material
8. Hemostasia por compresión (gasas-gelita)





FIGURA 1. Se aprecia el complejo hemorroidal interno tomado de manera longitudinal con pinza recta, previa disección del paquete hemorroidal externo.



FIGURA 2. El punto de material reabsorbible se pasa y anuda en el extremo de la pinza.



FIGURA 3. La resección de los plexos se realiza con tijera o bisturí frío.



FIGURA 4. Sutura corrida por sobre la pinza recta hasta la línea pectínea.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA- PREOPERATORIO

Las actividades de la enfermera en el preoperatorio para una hemorroidectomía son cruciales para asegurar que el paciente esté adecuadamente preparado para la cirugía y para minimizar el riesgo de complicaciones

I. Evaluación Preoperatoria

Historial Clínico:

- Revisar la historia médica y quirúrgica del paciente.
- Evaluar alergias, especialmente a medicamentos y látex.
- Revisar medicamentos actuales, incluyendo anticoagulantes y suplementos.

Evaluación Física:

- Tomar signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria).
- Evaluar el estado general de salud y detectar posibles contraindicaciones para la cirugía.

Evaluaciones Adicionales:

- Realizar pruebas de laboratorio (hemograma completo, pruebas de coagulación, niveles de electrolitos).
- Posibles pruebas de imagen si están indicadas (como una colonoscopia o sigmoidoscopia).



2. Preparación del Paciente

Instrucciones de Ayuno:

- Informar al paciente sobre el ayuno preoperatorio (generalmente no ingerir alimentos sólidos ni líquidos 6-8 horas antes de la cirugía).

Preparación Intestinal:

- Administrar laxantes o enemas si están indicados para limpiar el intestino.
- Asegurarse de que el paciente entienda y siga las instrucciones adecuadas.

Higiene Personal:

- Instruir al paciente sobre la ducha preoperatoria con soluciones antisépticas.
- Afeitar el área quirúrgica si es necesario y según el protocolo del hospital.
- *
- Canalización de vena periférica
- Vendajes de miembros inferiores y de capelina.



3. Educación al Paciente

Información sobre la Cirugía:

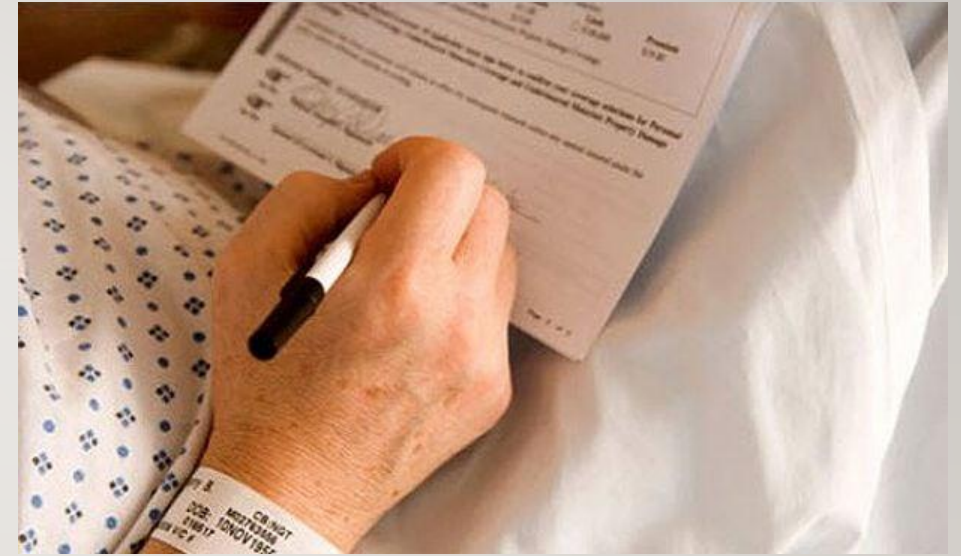
- Explicar el procedimiento quirúrgico, incluyendo los pasos básicos y qué esperar.
- Discutir posibles riesgos y complicaciones de la cirugía.

Manejo del Dolor:

- Informar sobre las opciones de manejo del dolor postoperatorio.
- Explicar el uso de analgésicos y medidas no farmacológicas para el alivio del dolor.

Instrucciones Postoperatorias:

- Proporcionar información sobre la recuperación postoperatoria, incluyendo cuidados de la herida, dieta y actividad física.
- Explicar los signos y síntomas de complicaciones postoperatorias y cuándo buscar atención médica.



4. Consentimiento Informado

Revisión del Consentimiento:

- Verificar que el paciente ha firmado el formulario de consentimiento informado para cirugía y posibles transfusiones sanguíneas.
- Asegurarse de que el paciente comprende el procedimiento y sus implicaciones.
- Responder cualquier pregunta o inquietud del paciente.

5. Preparación del Entorno Quirúrgico

Verificación de Equipos:

- Asegurarse de que todo el instrumental quirúrgico y los suministros están listos y esterilizados.
- Verificar el funcionamiento adecuado de los equipos, incluyendo monitores y dispositivos de anestesia.

Pre-Medicación:

- Administrar medicamentos preoperatorios según las indicaciones del cirujano o anestesiólogo (por ejemplo, antibióticos profilácticos, ansiolíticos).



6. Coordinación y Comunicación

Equipo Quirúrgico:

- Coordinar con el equipo quirúrgico y anestesiología para confirmar el plan quirúrgico.
- Asegurarse de que toda la documentación preoperatoria esté completa y accesible.

Documentación:

- Registrar todas las evaluaciones, intervenciones y educación proporcionada en la historia clínica del paciente.

Identificación del Paciente:

- Verificar la identidad del paciente utilizando múltiples identificadores (nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación).
- Asegurarse de que el sitio quirúrgico esté marcado correctamente si es aplicable.

7. Preparación Inmediata Antes de la Cirugía

Verificación Final:

- Realizar una verificación final de los signos vitales.
- Confirmar que el paciente ha seguido las instrucciones de ayuno y preparación intestinal.

Traslado al Área Quirúrgica:

- Ayudar en el traslado del paciente al área quirúrgica.
- Asegurarse de que el paciente esté cómodo y reducir la ansiedad mediante comunicación calmante y apoyo emocional.



ANESTESIA

- En una hemorroidectomía se utiliza anestesia general, anestesia raquídea o anestesia peridural, dependiendo de la preferencia del cirujano y las condiciones del paciente. La elección de la anestesia también puede depender de la extensión de la cirugía y la salud general del paciente.



TIPOS DE ANESTESIA

- La cirugía de las hemorroides anal puede ser realizada mediante anestesia local, anestesia raquídea o anestesia general. En la anestesia local, el cirujano realizará una punción en la zona a intervenir y administrará el anestésico local para conseguir la insensibilidad de la región quirúrgica.

-
- Se le asociarán fármacos sedantes para mejorar su confort, disminuir la ansiedad y hacerle su estancia en el quirófano más agradable. Estos sedantes se infunden a través de una vía venosa que usted tendrá en uno de sus brazos, conectada a un suero. Es una técnica de corta duración que hace que la recuperación sea muy rápida cuando se termina.

BIBLIOGRAFIA

-
- <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/3077/download?token=rt7-Ldtv#:~:text=La%20cirug%C3%ADa%20de%20las%20hemorroides,insensibilidad%20de%20la%20regi%C3%B3n%20quir%C3%BArgica.>
 - <https://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2005/c05Ib.pdf>