



Nombre del Alumno: Clara Luz Gonzalez Lopez

Nombre del tema: PAE Absceso Perianal

Nombre de la Materia: Enfermería Medico Quirúrgica II

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to

Parcial: III

INTRODUCCION

El absceso perianal es una acumulación localizada de pus en el área perianal, comúnmente causada por la obstrucción e infección de las glándulas anales. Esta condición es frecuente en adultos jóvenes, especialmente en varones, y puede estar asociada con enfermedades inflamatorias intestinales, traumatismos locales, o infecciones. Clínicamente, el paciente suele presentar dolor intenso y constante en la región anal, acompañado de enrojecimiento, calor local, edema y, en algunos casos, fiebre o secreción purulenta. El absceso perianal no tratado adecuadamente puede evolucionar hacia una fístula anal crónica, lo que aumenta las complicaciones y la necesidad de intervenciones quirúrgicas.

Desde la perspectiva de enfermería, esta patología requiere un abordaje integral que incluya la valoración física y emocional del paciente, la identificación de factores de riesgo, el control del dolor, el cuidado de la herida quirúrgica (si aplica), la educación sanitaria y la promoción de hábitos saludables como la higiene adecuada y una alimentación rica en fibra.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon permite estructurar una valoración holística y planificar cuidados centrados en las necesidades individuales del paciente, promoviendo así una recuperación más rápida y una mejor calidad de vida.

INDICE

Introducción	1
Índice	2
Justificación	3
Objetivos (general y específicos)	4
Marco teórico	5-10
-concepto	
-etiología	
-fisiopatología	
diagnósticos	
-tratamiento	
-complicaciones	
Valoración	11-15
Diagnostico	16-18
Planeación	19-24
Ejecución	25
Evaluación	26
Conclusión	27
Bibliografía	28

JUSTIFICACION

El absceso perianal representa una condición clínica común que requiere intervención médica y de enfermería oportuna para evitar complicaciones como las fístulas anales. La atención de enfermería juega un papel crucial en la recuperación del paciente, especialmente en el manejo del dolor, el control de infecciones y la educación para la prevención de recurrencias.

La mayoría de los abscesos perianales son manejados con drenaje directo, mediante incisiones, siendo este tipo de tratamiento el mas exitoso en la mayoría de los pacientes. Cuando los abscesos perianales se extienden intrapelvicos, deben ser tratados de manera quirúrgica con una incisión directa sobre la lesión. Siendo el objetivo principal para abordar de manera integral este tipo de patología con incisiones perianales; es básico conocer la anatomía del ano rectal y perianal para su tratamiento correctivo y beneficiosos para el paciente.

Hay otras causas del absceso perianal, incluyendo enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones por hongos, bacterias, neoplasias y traumatismo, los abscesos que recurren secundarios a cualquier causa deben manejarse como fistulas complejas.

La elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería, tiene como finalidad desarrollar un enfoque integral basado en las necesidades del paciente, aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon, para brindar cuidados eficaces y personalizados que mejoren los resultados en salud.

OBJETIVOS

General:

- Conocer las características que tiene la patología del absceso perianal, es decir, exponer sus manifestaciones clínicas, el diagnóstico y su tratamiento.

Específicos:

- Identificar la causa, evaluar la extensión y gravedad de la enfermedad y poder prevenir complicaciones infecciosas locales y sistémicas, mediante el monitoreo continuo de signos de infección.
- Disminuir el dolor perianal del paciente a un nivel tolerable durante las horas de hospitalización, mediante la administración de analgésicos
- Realizar diagnósticos de enfermería que brinde las posibilidades de una mejora en el absceso perianal.

MARCO TEORICO

El absceso perianal es una colección, una acumulación de material purulento localizado en los espacios anatómicos adyacentes a la región ano-rectal, como son la zona perianal (subanodérmico), isquiorrectal (isquioanal), interesfintérico y supra elevador. Supone el inicio de una infección pudiendo continuar con un proceso supurativo e incluso crónico. Estos abscesos perianales se producen de manera más frecuentes en los varones adultos. La infección se puede producir por diferentes factores por lo que conviene descartar otras causas como son el origen de otro tipo de patologías: enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis, tratamientos quimio-radioterápicos u otras enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, la leucemia o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre otras. También hay que tener en cuenta los malos hábitos defecatorios e incluso una mala higiene perianal por parte del paciente.

El absceso perianal, anal o anorrectal, es la formación de una cavidad llena de pus en la piel de la región alrededor del ano, que puede provocar síntomas como: dolor al defecar o sentarse, la aparición de un bulto doloroso en la región anal, sangrado o eliminación de secreción amarillenta. Generalmente, el absceso anorrectal resulta del bloqueo de las glándulas que existen en la región del ano, seguido por el desarrollo de bacterias.

ETIOLOGIA

En la mayoría de los casos, el absceso perianal o anorrectal es provocado por una infección bacteriana debido al bloqueo de las glándulas que producen el moco de la región anal. Los abscesos perianales en el 90% de los casos son consecuencia de la inflamación de las glándulas anales, las cuales se localizan en el espesor de la pared del ano. Estas glándulas pueden resultar obstruidas e infectadas acumulando material purulento en su interior que es imposible de drenar, dando lugar así a la formación del absceso. Sin embargo, existen algunas condiciones que aumentan el riesgo de la formación de un absceso perianal, como:

- Enfermedad inflamatoria intestinal, como enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa
- Sexo anal
- Infecciones del recto
- Heridas en la región anal
- Cáncer anorrectal
- Inmunidad comprometida
- Secuelas de tratamientos con radioterapia.

Generalmente, estas condiciones provocan inflamaciones en el tejido del recto y ano, facilitando la acumulación de bacterias y formación de pus, además de causar dolor al evacuar en algunos casos.

FISIOPATOLOGIA

En el interior del canal, se localizan unas glándulas que, si llegan a inflamarse e infectarse, acumulando material purulento, pueden dar lugar a lo que se denomina absceso perianal o anorrectal. Cuando el pus no drena por sí sola, es importante someterse a una pequeña intervención quirúrgica para permitir su salida y que la lesión pueda curarse favorablemente. Es importante someterse a dicha cirugía con rapidez para evitar posibles complicaciones, como una fístula anal, y para que el dolor no sea severo y continuado. Además de esto, será necesario llevar una dieta anti-estreñimiento y algunas medidas de higiene que ayuden a sanar la herida.

Obstrucción de las glándulas anales:

En condiciones normales, las criptas anales secretan moco para facilitar la evacuación. Cuando una de estas glándulas se obstruye (por heces duras, irritación, o trauma), el moco queda retenido, lo cual favorece la proliferación bacteriana.

Infección bacteriana:

Las bacterias anaerobias y aerobias que forman parte de la flora intestinal (como *Escherichia coli*, *Bacteroides*, *Staphylococcus aureus*) invaden la glándula obstruida, provocando una infección local.

Formación del absceso:

La respuesta inflamatoria del sistema inmunológico intenta contener la infección, lo que produce una acumulación de leucocitos, restos celulares, exudado y pus. El tejido circundante se vuelve eritematoso, caliente y doloroso. Se forma una cavidad purulenta rodeada de tejido inflamado en la región perianal, perirrectal o isquiorrectal, dependiendo de la localización.

Progresión y complicaciones:

Si no se drena adecuadamente, el absceso puede extenderse a planos más profundos del periné o pelvis. Entre el 30-50% de los abscesos perianales pueden evolucionar hacia una fístula anal, que es un trayecto anormal entre el conducto anal y la piel perianal.

También puede haber diseminación sistémica de la infección en casos graves (celulitis, sepsis).

SINTOMAS

Los principales síntomas del absceso perianal son:

- Dolor en la región del ano o cerca de esta, especialmente al evacuar o sentarse
- Bulto en la región anal;
- Enrojecimiento, hinchazón y/o calor en el lugar
- Aumento de la sensibilidad en la zona
- Fiebre
- Sangrado y secreción de pus.

El dolor causado por el absceso perianal normalmente es constante alrededor del ano y, en algunos casos, puede empeorar cuando la persona se sienta o evacúa. Además, en algunos casos, estos síntomas pueden ser similares a los de una proctitis.

DIAGNOSTICOS

El diagnóstico de absceso perianal generalmente es realizado por el proctólogo o gastroenterólogo, tomando en cuenta los síntomas presentados y las alteraciones observadas durante el examen de la región del ano, que a veces se realiza mediante una anoscopia. Sin embargo, en algunos casos, también pueden ser necesarios exámenes de imagen como la ecografía o la resonancia magnética para evaluar más detalladamente la región afectada y confirmar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

- Drenaje mediante cirugía

La principal forma de tratamiento para el absceso perianal es el drenaje del pus, que debe realizarse lo antes posible para reducir el riesgo de una infección más grave. Normalmente, lo realiza un médico general bajo anestesia local y sin necesidad de hospitalización. Después del drenaje, el médico puede recomendar reposo, el uso de analgésicos y baños de asiento con agua tibia debido a su efecto antiinflamatorio. Es importante que la recuperación sea supervisada por un médico para asegurar una mejora completa del absceso.

- Uso de antibióticos

El uso de antibióticos siempre debe ser orientado por un médico, y generalmente se indica además del drenaje cuando el absceso perianal es grande, presenta una extensa área de enrojecimiento o si existe riesgo de infección generalizada, como en casos de diabetes o inmunidad comprometida.

- Tratamiento de alteraciones asociadas

Puede haber una fístula relacionada con el absceso perianal. Esta fístula es un canal que puede surgir después de la salida del pus o debido a otras enfermedades, y puede dificultar la mejora de la infección. En estos casos, el tratamiento del absceso anorrectal también debe incluir el tratamiento de la fístula, que puede realizarse mediante cirugía o a través de la colocación de un material en el interior de la fístula para estimular su cierre.

COMPLICACIONES

En algunos casos, el absceso perianal puede dar lugar a una fístula anal, cuyo trayecto puede ir desde el ano hasta la vagina, útero, vías urinarias u otras partes del intestino. Otras complicaciones que el absceso anal puede provocar son el compromiso del esfínter anal, causando incontinencia fecal, o una infección necrotizante, que ocurre cuando las bacterias afectan tejidos vecinos como la piel, músculos y grasa. Además, si el tratamiento no se realiza correctamente, es posible que las bacterias alcancen el torrente sanguíneo y provoquen una infección generalizada, que incluso podría llevar a la muerte.

Los abscesos anorrectales si no se tratan médicamente de forma temprana pueden conllevar a algunas complicaciones como las que se muestran a continuación:

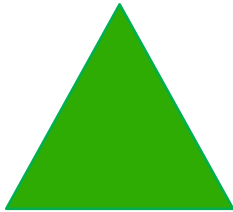
- Formación de una fístula anal: conexión anormal entre el ano y otra estructura.
- Sepsis: infección que se ha extendido hasta la sangre.
- Dolor severo y continuado.
- Reaparición del problema.
- Aparición de cicatrices.

PREVENCION

- Tratar el estreñimiento crónico.
- Tratar las fisuras anales con prontitud
- Mantener altos niveles de higiene personal.
- Usar condones durante el coito anal es importante.
- Cambios frecuentes de pañales en bebés y niños pequeños.
- Limpieza adecuada durante los cambios de pañales en bebés y niños pequeños.
- Control de la diabetes.

VALORACION

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico			
Agente: Escherichia coli  Huésped: Ser humano Medio ambiente: hombres jovenes		Muerte: gangrena (necrosis) Complicaciones: fistula anal, sepsis Signos y síntomas: Dolor, estreñimiento, sangre en heces, pus, fiebre, picazón, secreción rectal. Inflamación, enrojecimiento, calor, dolor, sensibilidad local. Cambios tisulares			
NIVELES DE PREVENCION					
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA	
Promoción a la salud	Protección especifica	Dx Precoz	Tratamiento	Limitación del daño	Rehabilitación
-Educación sobre prevención de absceso perianal -higiene en la zona perianal - Evitar sexo anal -Hacerse chequeos médicos	-Dieta rica en fibras -Buena higiene -Uso de protección relaciones anales -Evitar estreñimientos -Hidratación -Control de enfermedades	- Examen físico del tacto rectal -Ecografía endoanal -Resonancia magnética -Tomografía computarizada	-Drenaje quirúrgico -Antibióticos - Cirugía	-Hidratación -Dietas -Alimentación -Tomar precauciones -Tratar fistulas	-Se enfoca en el cuidado de la herida -Alivio del dolor -Prevención de complicaciones -Retorno gradual a las actividades normales

VALORACION SEGÚN LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

1. Percepción de la salud y manejo de la salud

Refiere dolor y malestar perianal. Poco conocimiento sobre prevención. No sigue indicaciones médicas.

2. Nutricional – metabólico

Dieta baja en fibra, hidratación deficiente. Piel perianal con eritema, calor y secreción.

3. Eliminación

Dolor al defecar, estreñimiento ocasional, patrón de eliminación alterado.

4. Actividad – ejercicio

Disminución de actividad física por dolor al caminar o sentarse.

5. Sueño – descanso

Sueño interrumpido por dolor nocturno.

6. Cognitivo – perceptivo

Dolor 7/10 (EVA), localizado, consciente y orientado, ansiedad leve.

7. Autopercepción – autoconcepto

Vergüenza por la zona afectada, afectación de la imagen corporal.

8. Rol – relaciones

Aislamiento social, apoyo familiar limitado.

9. Sexualidad – reproducción

Evita relaciones sexuales, preocupación por rechazo.

10. Adaptación – tolerancia al estrés

Ansiedad sobre la evolución, estrés por ausencia laboral.

11. Valores – creencias

Cree que debe soportar el dolor, no prioriza su salud.

VALORACION CEFALOCAUDAL

1. Cabeza:

Estado de conciencia: Alerta, orientado en tiempo, espacio y persona.

Cabeza: Normocéfalo, sin lesiones visibles.

Cabello: Limpio, distribución normal.

Ojos: Pupilas isocóricas y reactivas. Conjuntivas ligeramente pálidas.

Nariz: Permeable, sin secreciones.

Boca: Mucosas orales ligeramente secas. Higiene oral deficiente.

2. Cuello:

Sin adenopatías palpables.

Tráquea centrada.

No se observan masas ni rigidez.

3. Tórax:

Respiración: Patrón respiratorio regular, eupneico.

Ruidos respiratorios: Normales en ambos campos pulmonares.

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos.

4. Abdomen:

Blando, depresible, ruidos peristálticos presentes.

Dolor leve en hipogastrio, sin distensión ni masas palpables.

5. Región perianal (zona afectada):

Eritema, calor y tumefacción evidente en región perianal.

Presencia de zona fluctuante compatible con absceso.

Dolor intenso a la palpación.

Presencia de pus.

Secreción purulenta visible en pequeña cantidad.

Higiene local deficiente.

6. Genitourinario:

Micción conservada.

No se observan alteraciones externas visibles.

7. Extremidades superiores e inferiores:

Movilidad: Conservada en todas las extremidades.

Fuerza muscular: 5/5 bilateral.

Marcha: Limitada por dolor al sentarse o caminar.

Edema: No presente.

Signos vitales:

Tensión arterial: 128/76 mmHg

Frecuencia cardíaca: 92 lpm

Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Temperatura: 37.8 °C (febrícula)

Saturación de O₂: 97%

8. Piel y tegumentos:

Temperatura aumentada en zona perianal.

Piel íntegra en el resto del cuerpo.

Ligera diaforesis por dolor.

No hay lesiones cutáneas en otras regiones.

DIAGNOSTICOS

Diagnósticos	
Dominio: 12 confort	Clase: 01 confort físico
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) <u>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</u>	
00132 Dolor agudo Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave y con una duración inferior a 3 meses. R/C: Lesiones por agentes físicos M/P: Expresión facial del dolor y cambios en la postura	

Diagnósticos	
Dominio: 11 seguridad/protección	Clase: 02 lesión física
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) <u>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</u>	
00044 Deterioro de la integridad cutánea Definición: Daño de la epidermis y/o dermis R/C: Infecciones M/P: Sangrado, prurito y dolor agudo	

Diagnósticos	
Dominio: 4 actividad/reposo	Clase: 05 autocuidados
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) <u>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</u>	
00193 Déficit de autocuidado Definición: Se refiere a la incapacidad de una persona para llevar a cabo de manera adecuada y consistente las actividades necesarias para mantener su salud y bienestar personal. R/C: Elección del estilo de vida M/P: Higiene personal inadecuada	

Diagnósticos	
Dominio: 11 seguridad/protección	Clase: 01 infección
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) <u>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</u>	
00004 Riesgo de infección Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos. R/C: -practicar inadecuadas de higiene personal -dificultad para manejar el cuidado de la herida	

Diagnósticos	
Dominio: 3 eliminación/intercambio	Clase: 02 función gastrointestinal
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) <u>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</u>	
00236 Riesgo de estreñimiento Definición: Susceptible de evacuación infrecuente o difícil de las heces durante un periodo prolongado de tiempo. R/C: -ingesta inadecuada de fibra -reprime habitualmente la urgencia por defecar	

PLANEACION

NOMBRE:	Gretel Shadia Escriba perez					
FECHA:	09/07/2025	GRADO:	6to. cuatrimestre	GRUPO:	A	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: A PACIENTE CON: absceso perianal						

DOMINIO: 12 confort	CLASE: 01 confort físico
<u>CODIGO:</u> 00132 <u>ETIQUETA:</u> Dolor agudo <u>DEFINICION:</u> experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad leve o grave <u>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS F/R):</u> Lesiones por agentes físicos <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</u> Expresión facial del dolor y cambios en la postura	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
2102 nivel del dolor Dominio: salud y calidad de vida Clase: V	210201 intensidad del dolor 210208 inquietud 210223 irritabilidad	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	2/5 3/4 3/4 2/4 3/5 3/4 MANTENER A: 16 AUMENTAR A: 26
1101 integridad tisular: piel Dominio: Salud fisiológica II Clase: Integridad tisular	110101 sensibilidad 110108 textura 110113 integridad de la piel		

NOMBRE:	Gretel Shadia Escriba Perez				
FECHA:	09/07/2025	GRADO:	6to. cuatrimestre	GRUPO:	A
LICENCIATURA EN ENFERMERIA					
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: A PACIENTE CON ABSCESO PERIANAL					

DOMINIO: 11 Seguridad/protección	CLASE:02 Lesión física
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	
<u>CODIGO:</u> 00044 <u>ETIQUETA:</u> Deterioro de la integridad cutánea <u>DEFINICION:</u> Daño a la epidermis y dermis <u>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS F/R):</u> Infecciones <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</u> Absceso, sangrado, prurito, ulceración	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
1102 curación de heridas Dominio: salud fisiológica Clase: integridad tisular	110202 secreción purulenta 110215 hematoma de la piel circulante 110209 edema de la herida	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	2/3 3/5 3/4 3/5 2/4 MANTENER A: 13 AUMENTAR A: 21
1922 control de riesgo: hipertermia Dominio: conocimiento y conducta de la salud Clase: control de riesgo	192222 buscar factores de riesgo en el entorno 192208 modifica ingesta de liquidos		

NOMBRE:	Alejandra Monserrath Aguilar Diaz				
FECHA:	09/06/2025	GRADO:	6to. cuatrimestre	GRUPO:	A
LICENCIATURA EN ENFERMERIA					
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: A PACIENTE CON					

DOMINIO: 4 actividad/reposo	CLASE: 05 autocuidado
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	
<u>CODIGO:</u> 00193 <u>ETIQUETA:</u> déficit del autocuidado <u>DEFINICION:</u> se refiere a la incapacidad de una persona para llevar a cabo de manera adecuada y consciente las actividades necesarias para mantener su salud y bienestar <u>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS F/R):</u> Eleccion del estilo de vida <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</u> Higiene personal inadecuada	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Autocuidado : actividades de la vida diaria	Higiene personal	1. Grave	2/4
	Alimentación	2. Sustancial	
Autocuidado: conocimiento de la salud	Vestimenta	3. Moderado	
	Autoestima	4. Leve	
	Conocimiento de si mismo	5. Ninguno	
			2/5
			2/4
			MANTENER:
			11
			AUMENTAR:
			22

NOMBRE:	Gretel Shadia Escriba Perez					
FECHA:	09/07/2025	GRADO:	6to. cuatrimestre	GRUPO:	A	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: A PACIENTE CON						

DOMINIO: 11 seguridad/protección	CLASE: 1 infección
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	
<u>CODIGO:</u> 00004 <u>ETIQUETA:</u> Riesgo de infección <u>DEFINICION:</u> susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos <u>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS F/R):</u> -practicass inadecuadas de higiene personal -dificultad para manejar el cuidado de la herida <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</u> <u>(SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</u>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Código: 1924 Integridad tisular: piel y membranas mucosas Clase: integridad tisular L Dominio: salud fisiológica II Código: 1102 Curación de heridas Clase: integridad tisular Dominio: II	110101 temperatura de la piel	Gravemente	2/3 3/4 2/4 2/4 2/3
	110102 sensibilidad	Sustancialmente	
	110111 perfusión tisular	Moderadamente	
	110113 integridad de la piel	Leve	
	110123 necrosis	Ninguno	
			MANTENER A: 11 AUMENTAR A: 18

NOMBRE:	Gretel Shadia Escriba Pérez					
FECHA:	09/06/2025	GRADO:	6to. cuatrimestre	GRUPO:	A	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: A PACIENTE CON						

DOMINIO: 3 eliminación e intercambio	CLASE: 2 función gastrointestinal
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	
<u>CODIGO:</u> 00236 <u>ETIQUETA:</u> riesgo de estreñimiento <u>DEFINICION:</u> susceptible de evacuación infrecuente o difícil de las heces durante un periodo prolongado de tiempo <u>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS F/R):</u> -ingesta inadecuada de fibra -reprime habitualmente la urgencia por defecar <u>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS M/P):</u>	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Código: 1608 Control de síntomas Clase: Q conducta de salud Dominio: IV conocimiento de salud	160801 monitorizar la aparición de los síntomas 160815 sufrimiento por los síntomas 160806 utiliza medidas preventivas	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	2/4 2/4 3/5 3/5 MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 18
1015 función gastrointestinal Clase: K digestión y nutrición Dominio: II salud fisiológica	160816 monitorizar el funcionamiento físico		

EJECUCION

NIC. Intervención: MANEJO DEL DOLOR: AGUDO Código: 1410	NIC. Intervención: ESTIMULACION CUTANEA Código: 1340
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan - Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación - Explorar conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales - Usar analgésicos combinados - Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva - Asegurarse de que el paciente reciba analgesia inmediatamente antes de que su dolor se agrave o antes de que las actividades que lo inducen - Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando una vía que lo afecte	- Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, su efecto sobre la sensibilidad y las expectativas del paciente durante la actividad - Seleccionar una estrategia de estimulación cutánea específica en la función de la disponibilidad individual - Utilizar un método de estimulación más adecuada para el paciente y la fricción (calor, frío, hielo, mentol) - Instruir sobre las indicaciones, frecuencia y procedimiento de aplicación - Verificar que el equipo de estimulación sea el adecuado y este en buenas condiciones - Aplicar la estimulación directamente o alrededor de las herida o sitio afectado - Fomentar el uso de un método de estimulación intermitente - Cancelar la estimulación si se produce un aumento del dolor o irritación de la piel - Valorar y registrar la respuesta a la estimulación

NIC. Intervención: CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION Código: 3520	NIC. Intervención: VIGILANCIA DE LA PIEL Código: 3590
- Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, como el tamaño, longitud, anchura y profundidad - Monitorizar el calor, temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circulante - Aplicar calor húmedo a las lesiones por presión, según corresponda - Limpiar la piel con jabón suave y agua, según este indicado - Limpiar con solución no toxica - Observar las características del drenaje - Aplicar una membrana adhesiva permeable, según corresponda - Aplicar solución fisiológica, pomadas y apósitos, según la prescripción - Monitorizar los signos y síntomas de la infección - Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia, según proceda	- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o edema en la piel y las mucosas - Valorar el estado de la zona de incisión - Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel - Monitorizar el color y temperatura de la piel - Monitorizar si hay erupciones y abrasiones de la piel - Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas - Documentar si hay cambios en la piel y las mucosas - Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (colchón, horarios de cambios posturales) - Instruir a los familiares sobre los cuidados acerca de los signos de la perdida de la integridad de la piel

NIC. Intervención: PREVENCIÓN CONTRA INFECCIONES Código: 6550	NIC. Intervención: CUIDADOS DEL DRENAJE Código: 1870
- Verificar el nivel de riesgo mediante preguntas sobre el historial sanitario - Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la adquisición y transmisión de agentes infecciosos - Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada - Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas o cirugía) - Limitar el número de visitantes, según proceda - Mantener la asepsia para la persona con riesgo - Aplicar técnicas de aislamiento adecuadas - Proporcionar cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas - Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida a intervalos regulares - Fomentar reposo, ingesta nutricional y una ingesta de líquidos suficientes	- Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del drenaje - Mantener la permeabilidad del drenaje, según el tipo de drenaje y las indicaciones - Mantener el recipiente del drenaje a un nivel adecuado - Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental - Asegurar la correcta colocación del tubo - Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento - Administrar cuidados de la piel y cambios de apósito en el sitio de inserción - Enseñar al paciente el propósito del drenaje y los cuidados que deben de tener - Proporcionar consuelo y apoyo emocional al paciente

NIC. Intervención: MANEJO DE ELECTROLITOS Código: 2000	NIC. Intervención: AYUDA Código: 1804 CON EL AUTOCUIDADO: MICCIÓN/DEFECACIÓN
- Observar si los electrolitos en suero son anormales - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos - Mantener un acceso permeable - Mantener un registro de entradas y salidas - Mantener una solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante - Obtener muestras de laboratorio de los niveles de electrolitos - Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos - Fomentar la orientación - Disponer un ambiente seguro para el paciente - Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita	- Considerar la cultura del paciente a la hora de favorecer a las actividades del autocuidado - Quitar la ropa esencial para favorecer la eliminación - Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad - Facilitar la higiene de los aseos una vez finalizada la eliminación - Cambiar de ropa al paciente después de la eliminación - Proporcionar dispositivos de ayuda, según proceda - Monitorizar la integridad de la piel del paciente según proceda - Instruir al paciente y los familiares sobre la rutina de ir al baño

NIC. Intervención: MANEJO DE ELECTROLITOS Código: 2000	NIC. Intervención: AYUDA Código: 1804 CON EL AUTOCUIDADO: MICCIÓN/DEFECACIÓN
- Observar si los electrolitos en suero son anormales - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos - Mantener un acceso permeable - Mantener un registro de entradas y salidas - Mantener una solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante - Obtener muestras de laboratorio de los niveles de electrolitos - Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos - Fomentar la orientación - Disponer un ambiente seguro para el paciente - Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita	- Considerar la cultura del paciente a la hora de favorecer a las actividades del autocuidado - Quitar la ropa esencial para favorecer la eliminación - Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad - Facilitar la higiene de los aseos una vez finalizada la eliminación - Cambiar de ropa al paciente después de la eliminación - Proporcionar dispositivos de ayuda, según proceda - Monitorizar la integridad de la piel del paciente según proceda - Instruir al paciente y los familiares sobre la rutina de ir al baño

EVALUACION

EVALUACION

El proceso de atención en enfermería nos ayuda a valorar correctamente, recolectando la información necesaria sobre el estado de nuestro paciente, es por eso, que se realiza un juicio clínico para poder determinar los problemas de riesgo para así poder establecer un resultado esperado y dar prioridades a las intervenciones de enfermería y ejecutarlas para obtener un resultado positivo durante el proceso.

- El paciente refiere dolor leve o tolerable.
- Se observa mejoría en la zona perianal (menos inflamación y exudado).
- No hay signos de diseminación de la infección.
- El paciente realiza su higiene personal con mínima ayuda.
- Disminución de la ansiedad expresada verbalmente y mediante lenguaje no verbal.

CONCLUSION

El abordaje del absceso perianal desde el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite una atención integral, sistemática y centrada en las necesidades reales y potenciales del paciente. A lo largo de la aplicación de este proceso, se identificaron signos y síntomas característicos como dolor intenso, inflamación perianal, dificultad para la higiene y, en algunos casos, fiebre, lo cual evidencia la importancia de una valoración exhaustiva que incluya tanto aspectos físicos como emocionales.

Mediante la identificación de diagnósticos de enfermería más relevantes como el dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, déficit en el autocuidado e incluso déficit del autocuidado, se establecieron intervenciones personalizadas que permitieron disminuir el malestar del paciente, prevenir complicaciones y promover su recuperación. Las acciones de enfermería enfocadas en el manejo del dolor, el cuidado de la herida, la prevención de infecciones y la educación del paciente fueron claves para el plan terapéutico.

Asimismo, se destacó el papel fundamental de la enfermería en la promoción del autocuidado, especialmente en un proceso que puede afectar la dignidad y la comodidad del paciente. La atención, el acompañamiento emocional y la educación sobre medidas higiénicas contribuyeron de manera significativa a la adherencia al tratamiento y al bienestar general.

En conclusión, el PAE aplicado al paciente con absceso perianal no solo facilita una atención organizada y basada en la evidencia, sino que también fortalece el rol autónomo de la enfermería como parte esencial del equipo multidisciplinario. Este proceso mejora la calidad del cuidado, disminuye el riesgo de complicaciones como fístulas o infecciones sistémicas y empodera al paciente en su recuperación. Así, el PAE se confirma como una herramienta indispensable para garantizar una atención de salud segura, humanizada y eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. North American Nursing Diagnosis NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2018-2020. Madrid: 11ed.Barcelona: Elsevier España S.L.U.; 2019
2. Moorhead, ; Johnson, M.; Mass M. y Swanson, E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019
3. Bulechek, G; Butcher, H; Dochterman, y Wagner, M. Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
4. López González A, Guisaso Barrilao R. Enfermedades del recto y ano. en Píriz Campos Rosa, De la Fuente Ramos Mercedes. Enfermería Médico-Quirúrgica En: Enfermería S21. La Enfermería Viva. Vol.I, II, III.Madrid: DAE; 2001.
5. Rodríguez –Wong. Abscesos y fisuras anorectales. Rev Hosp Jua Mex [Internet].2013 [Citado 10 de Mayo 2020]