

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**



**TESINA PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL**

**“EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION EN  
LOS PACIENTES TRATADOS CON  
HEMORROIDECTOMIA EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO  
2012”**

**AUTORES (ES):**

Srta. Johanna Alexandra Calero Cedeño  
Sr. Dixon Javier Ramos Suque

**TUTOR (ES):**

Dra. Mercedes Almagro MSc.  
MSc. Mary Alvear

**Quito – 2014**

# CERTIFICACIÓN

El Tribunal de defensa privada y Docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Después de haber realizado las correcciones correspondientes al trabajo de investigación que lleva por nombre: "EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES TRATADOS CON HEMORROIDECTOMIA EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012"


## CERTIFICAMOS:

Que la señorita Johanna Alexandra Calero Cedeño portador de la CC. 060355881-8, Estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Se encuentran **APTO** para la defensa pública de la tesina de grado previa la obtención del título de Médico General.

La interesada puede hacer uso del presente, conforme convenga su interés. Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

  
Dra. Mercedes Almagro

  
Dra Lucila De La Calle

  
MSc. Mary Alvear

Tribunal defensa privada

### ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las Sr(as) Johanna Alexandra Calero Cedeño y Dixon Javier Ramos Suque, para optar al título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



Dra. Mercedes Almagro

### ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las Sr(as) Johanna Alexandra Calero Cedeño y Dixon Javier Ramos Suque, para optar al título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



MSc. Mary Alvear

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Nosotros; Johanna Alexandra Calero Cedeño y Dixon Javier Ramos Suque somos responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a Dios, a nuestras familias las personas que hicieron todo en la vida para que nosotros pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba, a ustedes nuestro corazón siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por habernos guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser la fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarnos una vida llena de aciertos, errores y sobre todo aprendizaje, por ser compañía infalible en nuestro andar.

A nuestra familia, quienes nos han mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos.

A nuestra querida Universidad Nacional de Chimborazo, maestros y amigos, quienes nos han guiado y apoyado en el largo camino que hemos recorrimos para ser profesionales, forjados con un sentimiento de responsabilidad, con la que se debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

Nuestras Tutoras que con paciencia y dedicación supieron orientarnos en la realización del presente trabajo pero sobre todo por haber compartido con nosotros sus conocimientos y su amistad.

Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo principalmente al Servicio de Coloproctología por abrimos las puertas y permitirnos la realización de este trabajo.

## RESUMEN

La enfermedad hemorroidal es una de las patologías anorectales más frecuentes en el campo de la Coloproctología, es importante mencionar que existe poca evidencia documental acerca de la percepción del grado de satisfacción y mejoría de los síntomas de los pacientes luego del tratamiento quirúrgico, por lo tanto el presente trabajo de investigación evaluó el grado de satisfacción en los pacientes tratados con hemorroidectomía en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012, se estudió todas las historias clínicas con una población total de 64 casos, se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional de campo, aplicándose la técnica documental con el propósito de obtener resultados factibles con el estudio, los instrumentos empleados fueron el formulario de recolección de datos y la encuesta telefónica los mismos que fueron tabulados en el programa EPI-INFO y Excel, de los datos recabados se determinó que los extremos de edad se encontraron entre 26 a 76 años, la edad de mayor incidencia de esta patología fue la cuarta década de vida con 19 casos (30%), con predominio del sexo masculino 41 pacientes (64%) frente al femenino con 23 pacientes (36%), el promedio de seguimiento fue de 16 meses, el total de la población estudiada fue intervenida quirúrgicamente con la técnica cerrada o Ferguson, el número de casos reintervenidos fue de 2 pacientes (3%), los principales síntomas pre y postquirúrgicos encontrados en este estudio fueron: sangrado anal, dolor anal, incontinencia fecal, prurito anal y estenosis anal; de acuerdo a la apreciación de los pacientes acerca del resultado de la cirugía fue malo 2 casos (3%), regular 2 casos (3%), bueno 14 casos (22%) y muy bueno 46 casos (72%), en cuanto a la evaluación de la satisfacción posterior al tratamiento quirúrgico 61 pacientes (95%) estuvieron satisfechos y 3 pacientes (5%) insatisfechos, resultados que se correlacionan con la notable mejoría clínica.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CENTRO DE IDIOMAS

---

#### ABSTRACT

Hemorrhoid disease is one of the most common anorectal diseases in the field of Coloproctology , it is important to mention that there is little documentary evidence about the satisfaction perception and symptom improvement of patients after surgical treatment, therefore the present research evaluated the degree of satisfaction in patients treated with hemorrhoidectomy at the “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” Coloproctology Service in 2012 , all medical registers with a total population of 64 cases studied , a study was conducted retrospective , observational, field , applying the documentary technique in order to obtain feasible results to the study, the instruments used were the form of data collection and the telephone survey thereof which were tabulated in the EPI- INFO and Excel of the data collected was determined that the extremes of age were found between 26 to 76 years , the age of highest incidence of this disease was the fourth decade of life with 19 cases (30 % ) , with male predominance 41 patients ( 64 %) compared with 23 female patients (36 % ) , the average follow-up was 16 months , the total study population underwent surgery with closed or Ferguson technique, the number of cases reoperation was 2 patients (3 % ) , the main pre-and postoperative symptoms found in this study were: anal bleeding, anal pain , fecal incontinence, anal irritating and anal stenosis , according to the assessment of patients on the outcome of the surgery was bad 2 cases (3 % ) , average 2 cases ( 3%), good 14 cases (22 % ) and very good 46 cases (72 % ) , concerning the satisfaction evaluation after surgical treatment 61 patients (95 % ) were satisfied and 3 patients (5% ) upset results that associate with considerable clinical advance .

Reviewed by:

Dra. Sonia Marcela Suarez Cabrera

English Teacher

January, 8<sup>th</sup>, 2014





## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	i
SUMARY.....	II
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPITULO I</b>	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.4 JUSTIFICACION.....	
.....5	
<b>CAPITULO II</b>	
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2. 1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	7
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.3. HEMORROIDES.....	9
2.3.1 ENFERMEDAD HEMORROIDAL.....	9
2.3.2 FISIOPATOLOGÍA.....	9
2.3.3 FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL.....	10
2.3.4 CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORROIDES.....	11
2.3.5 HEMORROIDES EXTERNAS.....	11
2.3.6 HEMORROIDES INTERNAS.....	11
2.3.7 HEMORROIDES MIXTAS.....	12
2.3.8 SÍNTOMAS.....	12
2.3.9 SIGNOS.....	12
2.3.10 DIAGNÓSTICO.....	12
2.3.10.1 INSPECCIÓN.....	13
2.3.10.2 PALPACIÓN.....	13
2.3.10.3 PROCTOSCOPIA.....	13

2.3.10.4 SIGMOIDOSCOPIA.....	14
2.3.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	14
2.3.12 TRATAMIENTO.....	14
2.3.12.1 CONSERVADOR.....	14
2.3.12.2 ALTERNATIVO.....	14
2.3.12.3 QUIRÚRGICO.....	15
2.3.12.3.1 HEMORROIDECTOMÍA CERRADA O FERGUSON.....	15
2.3.12.3.2 HEMORROIDECTOMÍA ABIERTA O MILLIGAN- MORGAN.....	15
2.3.12.3.3 HEMORROIDECTOMÍA TÉCNICA PPH.....	16
2.4 SATISFACCIÓN.....	16
2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	16
2.5.1 PRURITO.....	16
2.5.2 DOLOR.....	17
2.5.3 HEMORRAGIA.....	17
2.5.4 INCONTINENCIA FECAL.....	17
2.5.4.1 ESCALA DE INCONTINENCIA FECAL DE JORGE WEXNER.....	18
2.5.5 ESTENOSIS ANAL.....	19
2.6 HIPOTESIS Y VARIABLES.....	18
2.6.1 HIPOTESIS.....	18
2.6.2 VARIABLES.....	18
2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20

### **CAPITULO III**

3. MARCO METODOLÓGICO.....	25
3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.2. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	25
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
3.4.1 POBLACIÓN.....	25
3.4.2 MUESTRA.....	25
3.4.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
3.4.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
3.6 TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	26
3.7 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	26
3.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	27
<b>CAPITULO IV</b>	
4.1 RESULTADOS.....	43
4.2 DISCUSION.....	46
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	56
ANEXOS.....	62

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	27
Tabla 2 Sexo de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	28
Tabla 3 Sintomatología pre y postquirúrgica (sangrado) de pacientes hemorroidectomizados el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	29
Tabla 4 Sintomatología pre y postquirúrgica (prurito anal) de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	30
Tabla 5 Sintomatología pre y postquirúrgica (dolor anal) de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	31
Tabla 6 Sintomatología pre y postquirúrgica (incontinencia anal) de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	32
Tabla 7 Sintomatología pre y postquirúrgica (estenosis anal) de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	33
Tabla 8 Reintervención quirúrgica de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	34
Tabla 9 Técnica quirúrgica de pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	35
Tabla 10 Satisfacción de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	36

Tabla 11 Relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (sangrado anal) de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	37
Tabla 12 Relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (prurito anal) de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	38
Tabla 13 Relación de la Satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (dolor anal) de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	39
Tabla 14 Relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (incontinencia anal) de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	40
Tabla 15 Relación de la satisfacción con la percepción del resultado de cirugía de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo año 2012.....	41
Tabla 16 Tiempo de seguimiento de los pacientes hemorroidectomizados en el servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012.....	42

## INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N° 1 distribución porcentual según grupo de edad de pacientes hemorroidectomizados.....	27
GRÁFICO N° 2 Distribución porcentual según sexo de pacientes hemorroidectomizados.....	28
GRÁFICO N° 3 Distribución porcentual de la sintomatología pre y postquirúrgica (sangrado anal) de pacientes hemorroidectomizados.....	29
GRÁFICO N° 4 Distribución porcentual de la sintomatología pre y postquirúrgica (prurito anal) de pacientes hemorroidectomizados.....	30
GRÁFICO N° 5 Distribución porcentual de la sintomatología pre y postquirúrgica (dolor anal) de pacientes hemorroidectomizados.....	31
GRÁFICO N° 6 Distribución porcentual de la sintomatología pre y postquirúrgica (incontinencia anal) de pacientes hemorroidectomizados.....	32
GRÁFICO N° 7 Distribución porcentual de la sintomatología pre y postquirúrgica (estenosis anal) de pacientes hemorroidectomizados.....	33
GRÁFICO N° 8 Distribución porcentual de reintervención de pacientes hemorroidectomizados.....	34
GRÁFICO N° 9 Distribución porcentual según técnica quirúrgica de pacientes hemorroidectomizados.....	35
GRÁFICO N° 10 Distribución porcentual de la satisfacción de pacientes hemorroidectomizados.....	36
GRÁFICO N° 11 Distribución porcentual según relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (sangrado) de los pacientes hemorroidectomizados....	37
GRÁFICO N° 12 Distribución porcentual según relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (prurito anal) de los pacientes hemorroidectomizados.....	38
GRÁFICO N° 13 Distribución porcentual según relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (dolor anal) de los pacientes hemorroidectomizados.....	39

GRÁFICO N° 14 Distribución porcentual según relación de la satisfacción con la sintomatología postquirúrgica (incontinencia anal) de los pacientes hemorroidectomizados.....	40
GRÁFICO N° 15 Distribución porcentual de la relación de satisfacción con la percepción del resultado de cirugía de los pacientes hemorroidectomizados.....	41
GRÁFICO N° 16 Distribución porcentual según el tiempo de seguimiento de los pacientes hemorroidectomizados.....	42

## INTRODUCCIÓN

Desde 400 años antes de Cristo, Hipócrates en sus tratados ya se refería a las hemorroides, en el nuevo reino de Egipto los Faraones tenían médicos personales dedicados al tratamiento del recto del mandatario denominados “Guardianes del ano del Faraón”<sup>5</sup>

La enfermedad hemorroidal es uno de los trastornos anorectales más frecuentes<sup>1</sup> en el campo de la Coloproctología, afectando a 10 millones de personas en los Estados Unidos con una incidencia entre los 45 y 65 años de edad<sup>13</sup> y una tasa de prevalencia de 4,4%<sup>2</sup>. Los pacientes con enfermedad hemorroidal pueden experimentar alguno de los siguientes síntomas: sangrado, masa dolorosa, inflamación, secreción, sensación de suciedad y prurito. La queja más frecuente es el sangrado que suele aparecer precozmente en el curso de la enfermedad. Aproximadamente un 10% de las personas con esta patología requieren tratamiento quirúrgico debido al fracaso de las medidas conservadoras y la severidad de la enfermedad.<sup>27</sup> Las técnicas quirúrgicas pueden ser la abierta (Milligan-Morgan) o cerrada (Ferguson) conocidos como métodos tradicionales, los mismos que con el transcurso de los años se han modificado para lograr un procedimiento menos invasivo y doloroso. Dentro de las complicaciones post quirúrgica tenemos la alta morbilidad como el dolor, la hemorragia, retención urinaria, absceso subcutáneo así como las de largo plazo como la fisura anal, estenosis anal, incontinencia y recurrencia de hemorroides.<sup>13</sup>

Existe poca evidencia con la percepción del grado de satisfacción y mejoría de los síntomas de los pacientes luego del procedimiento quirúrgico, en el presente trabajo de investigación se evaluó el grado de satisfacción en los pacientes tratados con hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012, identificándose las técnicas quirúrgicas y número de casos de reintervención, así como los síntomas pre y postquirúrgicos, a través de un estudio Retrospectivo, Transversal observacional de campo.

En el capítulo I se describió el planteamiento del problema y su justificación formulando los objetivos y variables del trabajo de investigación. En el capítulo II se



presentó el posicionamiento teórico personal y los antecedentes que apoyaron la investigación con las bases teóricas que sustentaron el trabajo. En el capítulo III se estableció el método de investigación, siendo una investigación descriptiva, de campo debido a que fue más allá de la toma y tabulación de datos, sino también la interpretación y evaluación de datos obtenidos de la fuente directa al realizar encuestas telefónicas. En el capítulo IV se presentó el análisis e interpretación de datos los mismos que fueron representados en tablas y gráficos de fácil interpretación. En el capítulo V se expuso las conclusiones mismas que permitieron tomar las pautas para la elaboración de recomendaciones.

La población estudiada se obtuvo de la base de datos electrónica del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, se estudiaron todos los pacientes tratados con hemorroidectomía en el año 2012, por ser una población de menos de 100 pacientes se tomó el total de los casos, la información se recolectó en un formulario que permitió tabular los datos de las historias clínicas y encuestas los mismos que se procesaron en los programas EPI-INFO y EXCEL.

Los resultados obtenidos se analizaron mediante tablas de 2x2 y gráficos que permitieron el análisis fácil y conciso de los síntomas pre y postquirúrgicos de la patología hemorroidal y sobre todo se determinó el grado de satisfacción de los pacientes hemorroidectomizados.

## CAPITULO I

### 1 PROBLEMATIZACIÓN

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La patología hemorroidal es una de las enfermedades gastrointestinales más comunes afectando al 36,4% de la población general,<sup>1</sup> aproximadamente el 10% de los pacientes que padecen esta enfermedad requerirán cirugía<sup>2</sup>. La cirugía tradicional en el tratamiento de las hemorroides se asocia a un importante dolor postoperatorio, morbilidad y posibilidad de daño del aparato esfinteriano.<sup>1</sup>

Todos los estudios realizados anteriormente describen con gran rigurosidad y detalle los favorables resultados de las técnicas quirúrgicas, sin embargo no hacen hincapié en la apreciación de los pacientes acerca del grado de satisfacción y resultados funcionales que tienen luego del procedimiento quirúrgico. De todos los estudios destaca el de Bannura y Melo publicado en la revista Chilena de cirugía en el año 2002, acerca de la técnica del PPH en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides internas grado III. Análisis crítico, al mostrar un acercamiento a la evaluación del grado de satisfacción de los pacientes, en un estudio en el que se aplica la relación entre la utilización de la técnica PPH y la sintomatología postquirúrgica, donde los pacientes en su mayoría la calificaron como excelente al procedimiento y los resultados obtenidos.<sup>31</sup>

Además podemos traer a relevancia la investigación publicada en la revista Chilena en el año 2010 acerca de la Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH, en el que miden el grado de satisfacción de sus pacientes mediante una relación con la técnica quirúrgica empleada, mismo que reporta un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes sometidos a hemorroidectomía con este tipo de técnica, en relación a la resolución de sus síntomas y al estado funcional postoperatorio.<sup>1</sup>

Para la realización de este trabajo de investigación se correlaciono la existencia de la sintomatología prequirúrgica con la variación de la misma en el postoperatorio,

además la valoración subjetiva de los casos estudiados y que fueron evaluados mediante llamada telefónica; datos de utilidad en el desarrollo de la investigación.

Cabe destacar que existe poca evidencia de los resultados desde el punto de vista de la satisfacción de los pacientes, a nivel nacional no existen estudios al respecto, la presente investigación se realizó con el objetivo de tener evidencia acerca de la apreciación del grado de satisfacción que presentaron los pacientes sometidos a hemorroidectomía en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012, y así evaluar si los resultados han cumplido con las expectativas de los pacientes, mas hoy en día que la salud publica demanda de estándares altos en servicios de calidad.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes tratados con Hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el grado de satisfacción en los pacientes tratados con Hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la población que fue tratada con hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012.
- Identificar la técnica quirúrgica empleada en los pacientes tratados con hemorroidectomía.
- Analizar el número de casos de reintervenciones quirúrgicas en los pacientes hemorroidectomizados.

- Identificar la sintomatología prequirúrgica y postquirúrgica que presentaron los pacientes sometidos a hemorroidectomía.
- Determinar el tiempo de seguimiento de los pacientes desde la hemorroidectomía hasta la presente fecha.

## **1.5 JUSTIFICACION**

La Universidad Nacional de Chimborazo con la misión de formar profesionales investigadores y emprendedores con bases científicas y axiológicas, tiene como requisito la elaboración de tesina de grado a todos sus egresados de la escuela de medicina previa la obtención del título de Médico General.

La enfermedad hemorroidal es uno de los trastornos anorectales más frecuentes<sup>1</sup>, afectando a 10 millones de personas en los Estados Unidos con una incidencia entre los 45 y 65 años de edad<sup>13</sup>, de los cuales aproximadamente un 10% de las personas con esta patología requieren tratamiento quirúrgico procedimiento que se asocia con dolor, hemorragia, retención urinaria, fisura anal y estenosis anal, siendo un problema de salud relevante. En el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo el número de pacientes atendidos con enfermedad hemorroidal aumenta cada año y con ello el número de hemorroidectomías realizadas en el servicio de Coloproctología, no existen estudios publicados acerca de los resultados desde el punto de vista de la satisfacción de los pacientes luego del procedimiento quirúrgico.

Del interés científico que se tiene por el tema, es de gran importancia conocer la evaluación de la satisfacción de los pacientes hemorroidectomizados en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012, mediante la investigación y el análisis de la sintomatología prequirúrgica y su consecuente variación en el estado postquirúrgico, la técnica quirúrgica utilizada para cada caso, el número de reintervenciones y el tiempo de seguimiento hasta la fecha de realización de este trabajo.

El alcance de esta investigación abrirá nuevos caminos para estudios similares a la planteada y servirá como marco referencial.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL**

Esta investigación se sustenta en la escuela epistemológica pragmática porque hay una relación de la teoría y de la práctica, ya que para el marco teórico se utilizó varios documentos bibliográficos, para fundamentar el conocimiento previo, apoyados también en una documentación recolectada en archivos del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Luego de búsquedas bibliográficas no existe trabajo similar al realizado en esta casa de salud.

#### **2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

En el año 2005 en España se realizó un estudio prospectivo simple en 61 pacientes intervenidos de hemorroidectomía abierta con técnica de Milligan-Morgan en régimen de cirugía sin ingreso y previo consentimiento informado. Se consideraron como criterios de exclusión: la edad inferior a 18 años, el peso inferior a 50 kg o superior a 90 kg, uso crónico de AINES o contraindicación a los mismos, alergia o hipersensibilidad al tramadol, alteraciones psiquiátricas y la negativa o la poca colaboración para participar en el estudio, una de las variables del estudio fue la evolución del grado de satisfacción de los pacientes luego del procedimiento quirúrgico, arrojando como resultados un 91,8% (56) de los pacientes que refirió estar muy satisfecho con el procedimiento aplicado, un 4,9% (3) alguna molestia y un 3,2% (2) estar muy molesto.<sup>3</sup>

En un ensayo clínico controlado aleatorizado acerca de Hemorroidectomía cerrada y semicerrada, realizado en la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Hospital Barros Luco Lrudeau (Centro terciario) entre marzo de 2006 y marzo de 2007, en el que se observó la correlación entre la presencia de dolor y el grado de satisfacción, aplicando la escala Visual análoga dentro de los resultados en ambos grupos de

pacientes intervenidos, 24 de ellos con técnica cerrada y 24 con hemorroidectomía semicerrada, tanto para la medición de la escala EVA ( $p = 0,1768$ ), como para la necesidad de rescate analgésico ( $p = 0,3290$ ), dentro de la evaluación del grado de satisfacción este va en una escala de muy bueno, calificado en cirugía semicerrada por 11 pacientes (45.8%) y en cirugía cerrada por 10 pacientes (41.6%) con un total de 21 pacientes (43.75%), en bueno cirugía semicerrada 12 pacientes (50%), cerrada 13 (54.1%) total 25 (52%), Regular en cirugía cerrada 1 (4.2%) en semicerrada 1 (4.2%) con un total de 2 casos (4.25%) y como Malo en el que ningún paciente califico los procedimientos.<sup>4</sup>

En Chile en el 2010 se publicó el tema, Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH, en este trabajo, se identificaron todos los pacientes operados con la técnica de PPH entre enero de 2007 y enero de 2009. Se aplicó una encuesta diseñada para consignar la presencia de algunos síntomas antes y después de la cirugía. El cuestionario fue completado por 57 (64%) de los 89 pacientes intervenidos, de estos 57 pacientes constituyeron el grupo de estudio. La edad promedio fue de 55,5 años (extremos 38-78 años) con un leve predominio de sexo femenino (56%). El seguimiento promedio correspondió a 17,6 meses (extremos 8-31 meses), dentro de los resultados obtenidos tenemos que del total de pacientes intervenidos, dos de ellos (4%) fueron reintervenidos quirúrgicamente dentro de las primeras 24 horas por sangrado de la línea de sutura mecánica. Durante el seguimiento, un paciente requirió cirugía por la presencia de hemorroides externos sintomáticos.

El síntoma preoperatorio más frecuente referido por los pacientes fue el sangrado anal (91%), seguido por el prolapso hemorroidal (82%) y el dolor defecatorio (68%). Con respecto a la resolución de los síntomas, el sangrado desapareció en el 94% de los pacientes, el prolapso en el 85% y el dolor defecatorio en el 80%. El 84% y 68% respectivamente, mejoraron el prurito anal y ensuciamiento. La aparición de pujo y urgencia defecatoria en el postoperatorio fue referida en un 47% con una mediana de duración de 4 semanas (extremos 2 días a 104 semanas). La comparación del puntaje

de la escala de incontinencia de Jorge-Wexner mostró una mejoría en el postoperatorio pero no llegó a tener significación estadística (3,2/2,8;  $p > 0,05$ ).

La apreciación subjetiva de los pacientes en cuanto a la calidad y resultados del procedimiento fue calificada en promedio con nota 6,1. Al analizar la satisfacción según rango, un 72% la calificó el procedimiento como muy bueno (nota 6 a 7), un 16% como bueno (nota 5 a 6), un 6% como regular (nota 4 a 5), un 4% como deficiente (nota 3 a 4) y un 4% (2 pacientes) calificaron la cirugía como mala (nota menor a 3), el 87% de los pacientes entrevistados, recomendaría esta cirugía a alguna persona afectada con los mismos síntomas.<sup>5</sup>

### **2.3. HEMORROIDES**

Las Hemorroides son parte normal de la anatomía anorectal del cuerpo humano<sup>8</sup> formados por cojines de tejido submucoso que contienen vénulas, arteriolas y fibras de músculo liso localizadas en el conducto anal.<sup>9</sup>

#### **2.3.1 ENFERMEDAD HEMORROIDAL**

Son aquellas hemorroides que se dilatan y producen síntomas y signos, siendo causa frecuente de consulta médica, puede deberse a una debilidad del tejido conjuntivo en los vasos hemorroidales, al aumento de la presión del esfínter anal interno o a trastornos inflamatorios locales<sup>8</sup>.

#### **2.3.2 FISIOPATOLOGÍA**

La enfermedad hemorroidal es el prolapso de las estructuras vasculo-elásticas que almohadillan el canal anal, constituidas por arteriolas, venas comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conectivo.

Se trata de tres estructuras que existen de forma fisiológica ya desde la época embrionaria, denominadas cojinetes anales, se sitúan en tres áreas constantes: lateral izquierda, anterolateral y posterolateral derecha.

Normalmente estas almohadillas vasculares actúan de forma fisiológica para asegurar un cierre más efectivo del conducto anal, ya que se encuentran mantenidas en su situación por el tono de los músculos esfinterianos.

Durante el acto de la defecación, se abre el canal anal y se relaja la musculatura esfinteriana, al mismo tiempo que se produce un aumento brusco de la presión dando lugar a la distensión de las paredes vasculares del plexo hemorroidal. Este aumento de la presión es aún mayor en los casos de estreñimiento, sin embargo suelen aparecer antes que el estreñimiento y éste suele ser secundario a ellas, y no viceversa.<sup>5</sup>

El deslizamiento de los cojinetes vasculares, provoca el engrosamiento, el prolapso y en ocasiones el sangrado, y es cuando éstas causen síntomas, tratándose de patología hemorroidal propiamente dicha.<sup>29</sup>

### **2.3.3 FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL**

Se trata de una patología multifactorial para su estudio se los ha dividido en dos grandes grupos de factores identificados y probables, mismos que están presentes en forma conjunta por lo que su etiología no puede ser atribuible a una sola causa.

Dentro de los factores identificados tenemos:

- Trastornos de la función intestinal:
  - Diarrea.
  - Estreñimiento
- Trastornos relacionados con el ciclo reproductor de la mujer:
  - Menstruaciones.
  - Embarazo.
  - Parto.
- Dificultad para la defecación o evacuación del recto.
- Sedentarismo y reposo prolongado.

Factores probables:

- Dieta con bajo contenido de fibras.



- Consumo de Alcohol.
- Comida picante e infusiones (café, té)
- Uso excesivo mantenido y no controlado de medicamentos (laxantes, supositorios, enemas)
- Algunas ocupaciones sedentarias, los esfuerzos durante el trabajo o el deporte, el mantenerse de pie por tiempo prolongado
- Excesiva higiene.
- Herencia con historia familiar de trastorno similar.<sup>30</sup>

### **2.3.4 CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORROIDES**

#### **2.3.5 HEMORROIDES EXTERNAS**

Situadas por debajo de la línea pectínea, en el canal anal y la región perianal,<sup>11</sup> las mismas que están recubiertas con anodermo estas pueden causar prurito y dificultad para la higiene si son grandes.<sup>9</sup>

#### **2.3.6 HEMORROIDES INTERNAS**

Se hallan cerca de la línea dentada y están recubiertas por mucosa anorectal insensible, pueden prolapsarse acompañándose de hemorragia y rara vez causan dolor, estas se clasifican en grados de acuerdo con la extensión del prolapso.<sup>9</sup>

Grado I:

- Sin protrusión a la defecación o ante esfuerzos.
- Sangramiento escaso.

Grado II:

- Con protrusión a la defecación y con los esfuerzos, reversible espontáneamente.
- Sangramiento.

Grado III:

- Protrusión a la defecación o a los esfuerzos, reductibles manualmente.

Grado IV:

- Verdadero prolapso hemorroidal.
- Con protrusión a la defecación o a los esfuerzos, irreductibles.
- Sangramiento.<sup>10-11</sup>

### **2.3.7 HEMORROIDES MIXTAS**

Tienen las características de las hemorroides externas e internas, cuando son grandes y sintomáticas requerirán de hemorroidectomía.<sup>9</sup>

### **2.3.8 SÍNTOMAS**

La sintomatología de la enfermedad hemorroidal, es muy parecida a la de múltiples patologías benignas o malignas de esta área.<sup>5</sup>

Las hemorroides pueden producir sensación de ardor, prurito, sangrado intermitente por el ano, que podría llegar a producir anemia crónica dependiendo de la variación del sangrado, diferentes grados de pérdida de moco, heces o flatos por pérdida de la tonicidad del esfínter anal, problemas higiénicos perianales, malestar y dolor<sup>12</sup> este último puede ser intenso debido a trombosis y contractura del esfínter anal, afectando la calidad de vida del paciente.<sup>11</sup>

### **2.3.9 SIGNOS**

Por la inspección, la palpación y el tacto rectal, la existencia de hemorroides externas o internas prolapsadas (Grados II o III), descartando otros procesos patológicos. Dentro de las hemorroides complicadas tenemos Fluxión hemorroidal, trombosis perianal y fisurada.<sup>11</sup>

### **2.3.10 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico requiere una historia clínica detallada, examen físico completo y la inspección del canal anal y recto distal, siendo importante excluir otras condiciones patológicas como enfermedad inflamatoria del intestino y cáncer colorectal.<sup>12</sup>

### **2.3.10.1 INSPECCIÓN**

En el caso de las hemorroides de tercer y cuarto grado es fácil su detección ya que aparecen como formaciones que se proyectan o protruyen y cuya parte externa aparece cubierta de piel y la interna es mucosa anal de color rojo o purpúreo.

En las hemorroides de segundo grado, la porción cubierta de piel aparece en el orificio anal como tumefacciones aisladas en las tres posiciones típicas.

Las hemorroides de primer grado no producen alteraciones que se detecten con la simple observación.<sup>29</sup>

### **2.3.10.2 PALPACIÓN**

El principal examen que se realiza es el tacto rectal, mismo que se debe tener precaución de realizar cuando los pacientes se encuentran álgicos, existe sangrado abundante o se trata de hemorroides grado cuatro en estado agudo.

Aquellas hemorroides de reciente comienzo aparecen como tumefacciones blandas, fácilmente colapsables, posteriormente con el paso del tiempo y el aumento del grado se hacen más difícilmente colapsables, debido a la fibrosis que va teniendo lugar con el paso del tiempo.<sup>29</sup>

### **2.3.10.3 PROCTOSCOPIA**

Este examen permite una visualización más clara y precisa de la mucosa anal, las hemorroides se proyectan en el extremo del proctoscopio pidiéndole al paciente que contraiga los músculos abdominales al mismo tiempo que se retira el proctoscopio de forma lenta.

Se retira el proctoscopio hasta que llega al borde del orificio anal. De esta forma si no se ve mucosa roja en el orificio anal decimos que las hemorroides son de primer grado. Si la mucosa se proyecta a través del orificio anal las hemorroides pueden ser de segundo o tercer grado.<sup>29</sup>

### **2.3.4 SIGMOIDOSCOPIA**

Este examen ayuda a realizar un diagnóstico diferencial especialmente entre pacientes en los que el sangrado es atribuible en primera instancia a la patología hemorroidal, descubriéndose un carcinoma rectal.<sup>5</sup>

Por lo tanto aquellos pacientes por encima de cuarenta años con clínica de sangrado deben someterse a esta exploración.<sup>29</sup>

#### **2.3.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Prolapso mucoso.
- Procidencia del recto.
- Pólipos.
- Papila hipertrofiada.
- Condiloma acuminado.
- Tumor vellosos.
- Cáncer ano-rectal.<sup>11</sup>

#### **2.3.12 TRATAMIENTO**

##### **2.3.12.1 CONSERVADOR**

Se basa en modificaciones dietéticas como la alta ingesta de fibras, líquidos, frutas, además de tratamientos locales como baños de asiento tibios, cremas, ungüentos o supositorios que contengan anestésicos, antiinflamatorios y esteroides, solos o en combinación y fármacos de la familia de los flavonoides.<sup>12</sup>

##### **2.3.12.2 ALTERNATIVO**

Son métodos no quirúrgicos que se consideran opción primaria para las hemorroides grado I a III, incluye un número de intervenciones ambulatorias que generalmente no necesitan anestésicos, como la escleroterapia con inyección, ligadura con banda elástica, crioterapia, fotocoagulación infrarroja y terapia con láser.

La ligadura con banda elástica parece ser la mejor opción en cuanto al cumplimiento y eficacia a largo plazo, disminuyendo de los efectos secundarios, siendo la terapéutica de elección para las hemorroides de grado II.<sup>13</sup>

### **2.3.12.3 QUIRÚRGICO**

Aproximadamente un 10% de las personas requieren hemorroidectomía ya sea debido a la severidad de la enfermedad o al fracaso de las medidas conservadoras,<sup>14</sup> siendo el principal tratamiento de elección para hemorroides internas de grado IV y de casos seleccionados de hemorroides internas de grado III<sup>15</sup>. En la actualidad, la hemorroidectomía de acuerdo al tratamiento de la piel se divide en 2 grandes grupos: Abiertas con la técnica Milligan- Morgan y cerradas con la técnica Ferguson y Mitchell modificada<sup>16</sup>

#### **2.3.12.3.1 HEMORROIDECTOMÍA CERRADA O FERGUSON**

Consiste en la resección de tejido hemorroidal y cierre de las heridas con material absorbible el procedimiento puede practicarse en posición prona o de litotomía bajo anestesia local, regional o general. Se identifica los cojines hemorroidales y la mucosa redundante concomitante, se extirpa mediante una incisión elíptica que se inicia en un punto apenas distal hasta el anillo anorectal. A continuación se liga la punta del plexo hemorroidal y se extirpa la hemorroide, posteriormente se cierra la herida con una sutura corrida con material absorbible.<sup>9</sup> Esta técnica tiene ventajas en relación con menos dolor durante el postoperatorio inmediato y la curación de las heridas más rápido<sup>17</sup> así como la necesidad analgésica postoperatoria, número de complicaciones y días de hospitalización<sup>16</sup>.

#### **2.3.12.3.2 HEMORROIDECTOMÍA ABIERTA O MILLIGAN- MORGAN**

Esta técnica sigue los mismos principios de la escisión cerrada, pero se deja abierta las heridas y se permite que cicatricen por segunda intención.<sup>9</sup> Aunque el tiempo de curación es más largo que la técnica cerrada existe ventajas sobre la reducción del tiempo de funcionamiento y tasa de morbilidad más baja.<sup>19</sup>

### **2.3.12.3.3 HEMORROIDECTOMÍA TÉCNICA PPH**

Descrita por Longo, es una técnica nueva que propone la resección de una franja de mucosa y submucosa rectal reduciendo el prolapso de los hemorroides cuya sutura se debe realizar 2 cm por encima de la línea pectínea, no actúa sobre la piel ni el margen anal, siendo significativamente menos dolorosa en el postoperatorio comparada con la hemorroidectomía clásica.<sup>28</sup>

## **2.4 SATISFACCIÓN**

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Dentro del ámbito médico puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.<sup>26</sup>

En este estudio se evaluó el grado de satisfacción mediante el análisis de la sintomatología clínica prequirúrgica, la variación de la misma en el postquirúrgico y la percepción subjetiva referida de la fuente directa en este caso los pacientes acerca de los resultados de su tratamiento quirúrgico.

## **2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

### **2.5.1 PRURITO**

Sensación cutánea subjetiva y desagradable que induce al rascado de la piel. También conocido como comezón, picor, escozor, se origina en terminaciones nerviosas finas y sin mielina (fibras C) situadas en la región superior del dermis, mucosas y córnea. Las fibras C aferentes llegan al asta dorsal de la médula espinal y hacen sinapsis, cruzan la línea media y ascienden por los haces espinotalámicos laterales hasta el tálamo; luego, el impulso sigue hacia el área sensorial de la circunvolución postcentral de la corteza sensorial.<sup>20</sup>

En la enfermedad hemorroidal el prurito anal se manifiesta en pacientes con hemorroides de tercer y cuarto grado cuando la secreción mucosa humedece la piel perianal produciendo una dermatitis.<sup>21</sup>

### **2.5.2 DOLOR**

Se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma.<sup>23</sup>

En la enfermedad hemorroidal el dolor es de carácter impreciso, algunos pacientes lo describen como ardor o irritación, otros como inflamación. Su intensidad es variable, su frecuencia es irregular, algunos pacientes la describen como diario, otros en forma ocasional, que aparece y desaparece en forma espontánea; algunos lo relacionan con la evacuación, ejercicio o al estar mucho tiempo sentado.<sup>24</sup>

Se relaciona con hemorroides de tercer y cuarto grado siendo una de las principales complicaciones luego del tratamiento quirúrgico.<sup>22</sup>

### **2.5.3 HEMORRAGIA**

Es el síntoma más frecuente y más constante en la enfermedad hemorroidal. La sangre por lo regular es roja rutilante, expulsada con la materia fecal, pero en ocasiones se presenta en forma espontánea.

Puede observarse en el papel higiénico, en forma de estrías en las heces fecales o en gotas al final de la evacuación.

Su volumen es muy variable y en un mismo enfermo puede variar. Puede ser en muy escasa cantidad o provocar una anemia crónica o tan grave que provoque un choque hipovolémico.<sup>24</sup>

### **2.5.4 INCONTINENCIA FECAL**

La incontinencia fecal es la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales, aparece como

complicación posterior a la hemorroidectomía, representando un serio problema que invalida física y socialmente al enfermo.<sup>25</sup>

#### 2.5.4.1 ESCALA DE INCONTINENCIA FECAL DE JORGE-WEXNER

Esta escala evalúa el grado de severidad de incontinencia fecal para poder comparar con el resultado posterior a los tratamientos.<sup>34</sup>

TABLA 3. SCORE DE INCONTINENCIA DE WEXNER					
TIPO	Nunca	Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

Fuente: INCONTINENCIA FECAL EN EL ADULTO: UN DESAFÍO PERMANENTE - DR. CLAUDIO WAINSTEIN G. Y COLS.

#### 2.5.5 ESTENOSIS ANAL

Se refiere a la pérdida de la elasticidad normal, estrechamiento de la luz total o parcial del esfínter anal con la consiguiente alteración mecánica defecatoria, que puede ser temporal o permanente, siendo la complicación más importante postquirúrgica, aunque poco frecuente menor del 1%.

Esta complicación precisa reintervención quirúrgica, aunque en algún caso puede mejorar mediante dilatadores.<sup>26</sup>

### 2.6 HIPOTESIS Y VARIABLES

#### 2.6.1 HIPOTESIS

¿Los pacientes del servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo presentan un alto grado de Satisfacción con los resultados obtenidos luego de la hemorroidectomía en el año 2012?

#### 2.6.2 VARIABLES

##### Variable independiente

- Hemorroidectomía



**Variable dependiente**

- Grado de satisfacción

**Variables intervinientes**

- Edad
- Sexo
- Sintomatología prequirúrgica
- Sintomatología postquirúrgica
- Tiempo de seguimiento de la hemorroidectomía hasta la realización del trabajo.

## 2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  Hemorroidectomía	Procedimiento que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea de diagnóstico, terapéutico, o simplemente de pronóstico	➤ ABIERTA - Milligan-Morgan  ➤ CERRADA - Ferguson	Distribución de pacientes según la técnica:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con técnica quirúrgica abierta}}{\text{Población total}} \times 100$  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con técnica quirúrgica cerrada}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b>  Documental  Observación  <b>INSTRUMENTOS</b>  Historias Clínicas

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  Grado de satisfacción	Sentimiento de bienestar o placer en el postoperatorio mediato en pacientes tratados con hemorroidectomía	➤ Si  ➤ No	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes satisfechos}}{\text{Población total}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes no satisfechos}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b>  Documental  <b>INSTRUMENTOS</b>  Encuesta Formularios de recolección de datos

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Edad	La edad biológica es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 20-29 años</li> <li>➤ 30-39 años</li> <li>➤ 40-49 años</li> <li>➤ 50-59 años</li> <li>➤ 60-69 años</li> <li>➤ 70-79 años</li> </ul>	Distribución de pacientes según la edad:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con X rango de edad}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b> Documental Observación <b>INSTRUMENTOS</b> Historias Clínicas
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de un organismo en variedades masculino y femenino	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Femenino</li> <li>➤ Masculino</li> </ul>	Distribución de pacientes según sexo:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con sexo determinado}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b> Documental Observación <b>INSTRUMENTOS</b> Historias Clínicas

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Sintomatología prequirúrgica	Conjunto de síntomas que tiene un enfermo que son característicos de una enfermedad determinada	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sangrado</li> <li>➤ Dolor anal</li> <li>➤ Estenosis anal</li> <li>➤ Prurito anal</li> <li>➤ Incontinencia fecal</li> </ul>	Distribución de pacientes según sintomatología prequirúrgica  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con X sintomatología}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b> Documental Observación <b>INSTRUMENTOS</b> Historias Clínicas
Sintomatología Postquirúrgica	Conjunto de síntomas presentados luego de la intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sangrado</li> <li>➤ Dolor anal</li> <li>➤ Estenosis anal</li> <li>➤ Prurito anal</li> <li>➤ Incontinencia fecal</li> </ul>	Distribución de pacientes según sintomatología postquirúrgica  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con X sintomatología}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b> Documental <b>INSTRUMENTO</b> Encuesta Formularios de recolección de datos

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS INSTRUMENTOS <sup>E</sup>
Tiempo de seguimiento desde la hemorroidectomía hasta la fecha de realización de este trabajo	Magnitud física con la que se mide la duración o separación de acontecimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10-12 meses</li> <li>➤ 13-15 meses</li> <li>➤ 16-18 meses</li> <li>➤ ≥ 19 meses</li> </ul>	Distribución de pacientes según rango de tiempo  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con X rango de tiempo}}{\text{Población total}} \times 100$	<b>TÉCNICA</b> Documental Observación  <b>INSTRUMENTO</b> Historias Clínicas

## **CAPITULO III**

### **3 MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**

Investigación Descriptiva, observacional, debido a que va más allá de la toma y tabulación de datos, suponiendo un elemento interpretativo del significado, cambiando el contraste, interpretación y la evaluación.

#### **3.2. TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

Investigación de Campo, descriptiva, correlacional.- Nos permitió determinar el grado de satisfacción de los pacientes que fueron tratados con hemorroidectomía en la patología hemorroidal.

#### **3.3 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal, Retrospectivo observacional de campo debido a que la población de estudio será del año 2012.

#### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.4.1 POBLACIÓN**

- La población total estudiada fue de 64 pacientes, se analizó todas las historias de los pacientes tratados con hemorroidectomía en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

##### **3.4.2 MUESTRA**

- Por tratarse de una población menor de 100 casos, se analizaron todas las historias de los pacientes hemorroidectomizados del Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

#### **3.4.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes tratados con Hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012.
- Pacientes contactados vía telefónica que acepten participar en el estudio

#### **3.4.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes a quienes se realizó el procedimiento quirúrgico después del periodo 2012.
- Pacientes que rechazaron ser encuestados

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se aplicó la técnica documental con el propósito de obtener resultados verídicos tomados de la fuente secundaria contenida en las Historias Clínicas, se utilizó 2 instrumentos, el formulario de recolección de datos de los pacientes tratados con hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012 y la encuesta la misma que se aplicó vía telefónica.

### **3.6 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Los datos obtenidos se procesaron en el programa EPI- INFO y Excel, los resultados se presentaron en tablas y gráficos que permitieron el análisis claro y conciso facilitando la interpretación.

### **3.7 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Los resultados reflejan que el 95 % de las personas encuestadas tuvieron una respuesta favorable acerca del alto grado de satisfacción luego del procedimiento quirúrgico, mismo que se encuentra sobre la regla de aceptación ya que sobrepasa el 51% por lo tanto la hipótesis planteada es verdadera, pues el porcentaje de respuestas negativas corresponde al 3% lo cual no es significativo.



### 3.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La población total estudiada fue de 64 pacientes, se relacionó datos de las historias clínicas e información obtenida mediante una encuesta vía telefónica, todos los datos se analizaron en los programas EPI-INFO y Excel, los resultados se presentan en tablas y gráficos, para un análisis claro y conciso de fácil interpretación.

**TABLA 1**

**GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

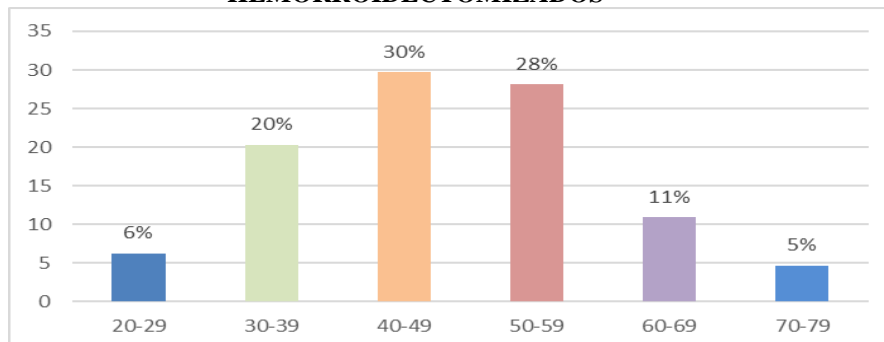
EDAD	CASOS	PORCENTAJE
20-29	4	6
30-39	13	20
40-49	19	30
50-59	18	28
60-69	7	11
70-79	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 1**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRUPO DE EDAD DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°1

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

### ANÁLISIS

Se observó que la incidencia máxima de hemorroidectomías se encuentra en la cuarta década de la vida, la edad varía entre un rango mínimo de 26 años con un máximo de 73 años, teniendo como promedio y mediana 48 años.

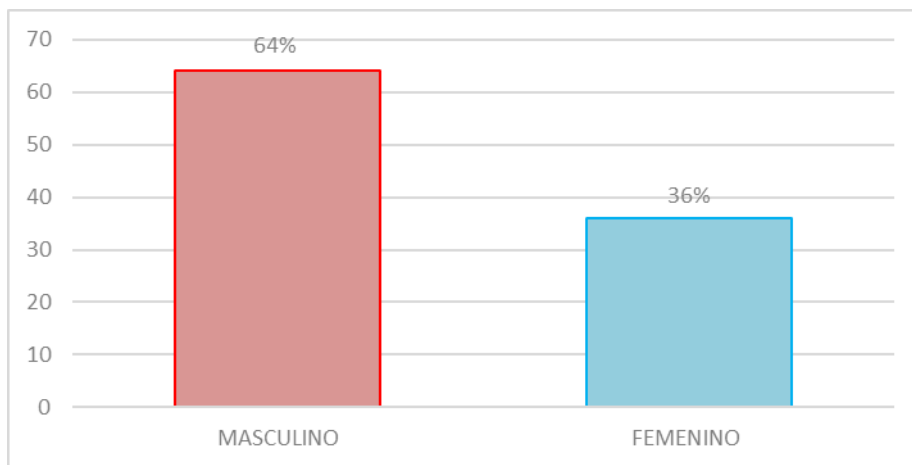
**TABLA 2**  
**SEXO DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	41	64
FEMENINO	23	36
TOTAL	64	100

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°2

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

### ANÁLISIS

Se identificó mayor predominio en la frecuencia de casos en el sexo masculino frente al sexo femenino con una diferencia porcentual significativa.

**TABLA 3**

**SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (SANGRADO) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

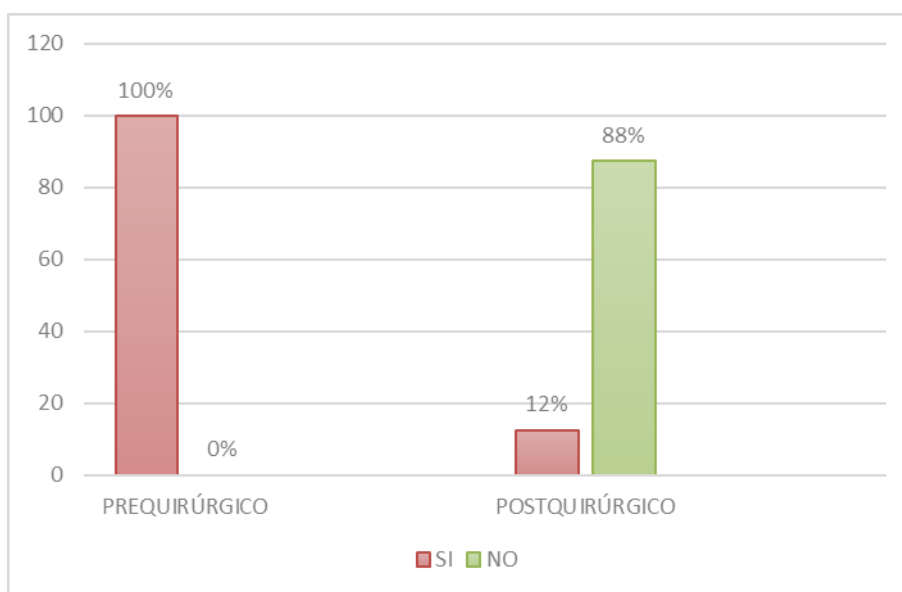
SANGRADO	PREQUIRÚRGICO		POSTQUIRÚRGICO	
	f	%	f	%
SI	64	100	8	12
NO	0	0	56	88
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 3**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (SANGRADO ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°3

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

### **ANÁLISIS**

De los datos expuestos se evidenció que existe una disminución significativa del sangrado anal postquirúrgico frente a la prequirúrgica, no obstante este síntoma persiste en baja frecuencia.

**TABLA 4**

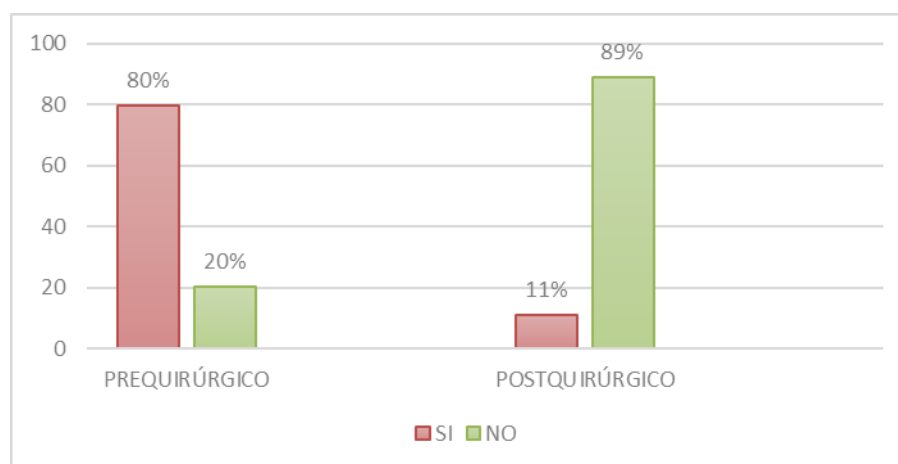
**SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (PRURITO ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

PRURITO ANAL	PREQUIRÚRGICO		POSTQUIRÚRGICO	
	f	%	f	%
SI	51	80	7	11
NO	13	20	57	89
TOTAL	64	100	64	100

Fuente: Archivo estadística HEE  
Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 4**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (PRURITO ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°4  
Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**ANÁLISIS**

En cuanto al prurito anal se presentó en un número moderado de casos antes del procedimiento quirúrgico, existiendo una mejoría notable al compararlo con su estado postquirúrgico, sin embargo actualmente existe un porcentaje bajo de casos que aún mantienen la sintomatología.

**TABLA 5**

**SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (DOLOR ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

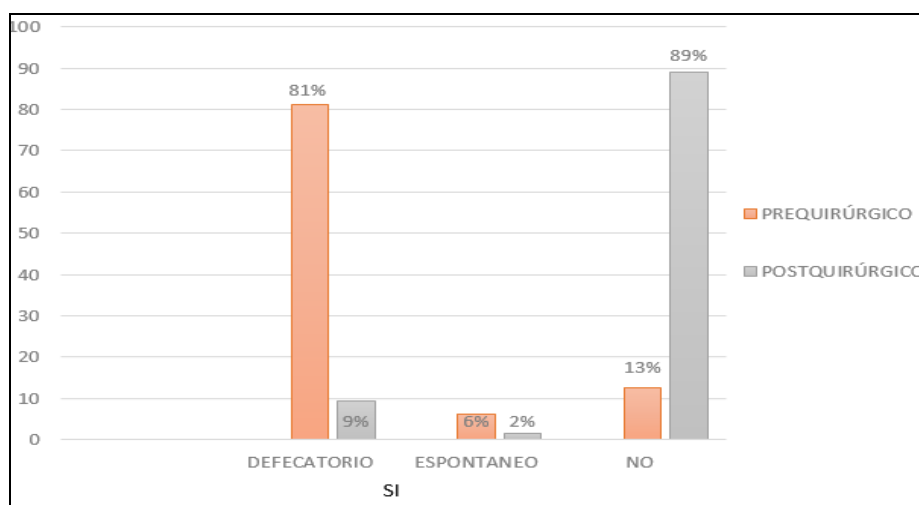
DOLOR		PREQUIRÚRGICO		POSTQUIRÚRGICO	
		f	%	f	%
SI	DEFECATORIO	52	81	6	9
	ESPONTANEO	4	6	1	2
NO		8	13	57	89
TOTAL		64	100	64	100

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 5**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (DOLOR ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°5

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## **ANÁLISIS**

Para el estudio del dolor se lo relacionó con el acto de la defecación o se presenta espontáneamente, observándose que en la sintomatología prequirúrgica existe mayor frecuencia de dolor anal con la defecación frente al que se presentó espontáneamente. En el estado actual de los pacientes es evidente un gran descenso de la molestia.

**TABLA 6**

**PRE Y POSTQUIRÚRGICA (INCONTINENCIA ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

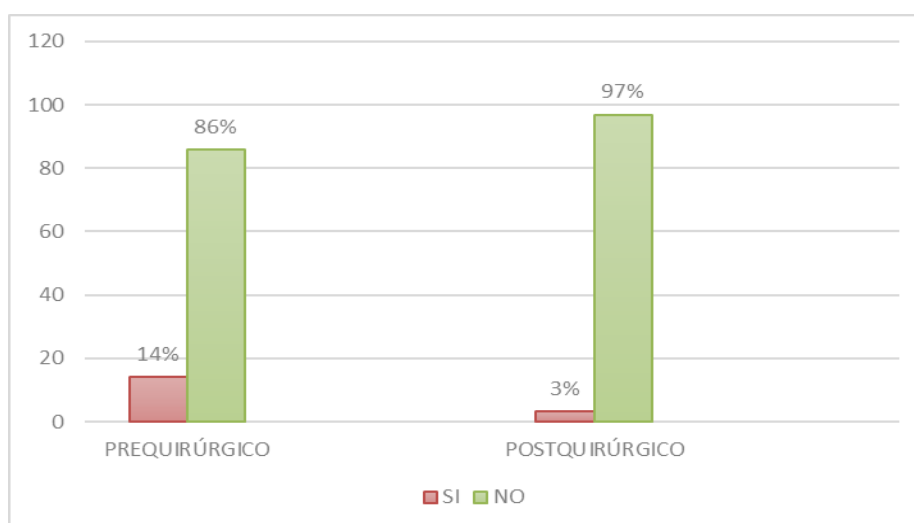
INCONTINENCIA	PREQUIRÚRGICO		POSTQUIRÚRGICO	
	f	%	f	%
SI	9	14	2	3
NO	55	86	62	97
TOTAL	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 6**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (INCONTINENCIA ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°6

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**ANÁLISIS**

Se determinó que existe una disminución importante de la incontinencia anal postquirúrgica frente a la prequirúrgica, sin embargo esta baja frecuencia influirá en el grado de satisfacción postquirúrgica.

**TABLA 7**

**SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (ESTENOSIS ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

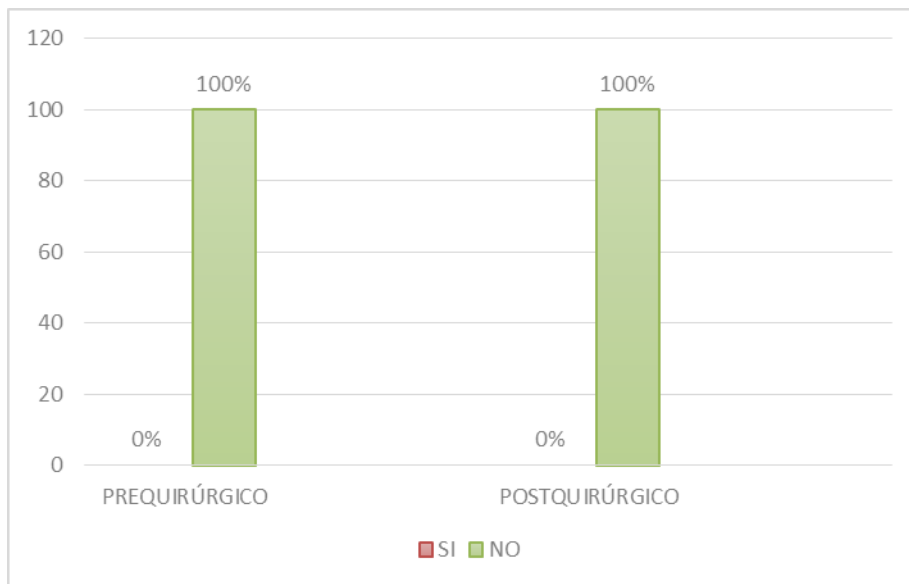
ESTENOSIS ANAL	PREQUIRÚRGICO		POSTQUIRÚRGICO	
	f	%	f	%
SI	0	0	0	0
NO	64	100	64	100
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 7**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRE Y POSTQUIRÚRGICA (ESTENOSIS ANAL) DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°7

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**ANÁLISIS**

En el total de la población estudiada no se evidenció la presencia de estenosis anal en el prequirúrgico y luego de someterse a la hemorroidectomía, valoración positiva frente al tratamiento quirúrgico.

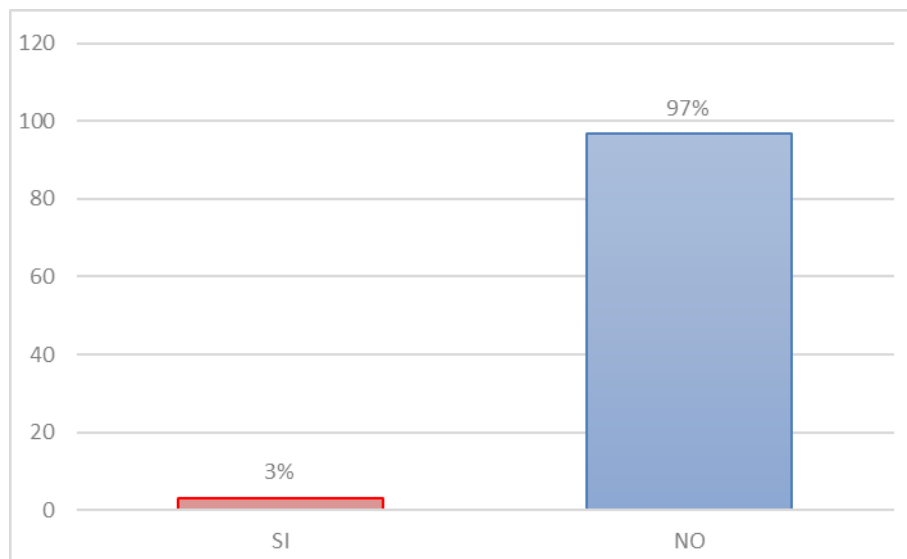
**TABLA 8**  
**REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PACIENTES**  
**HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

REINTERVENCIÓN QUIRURGICA	CASOS	PORCENTAJE
SI	2	3
NO	62	97
TOTAL	64	100

Fuente: Archivo estadística HEE  
 Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 8**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE REINTERVENCIÓN DE PACIENTES**  
**HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°8  
 Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

### ANÁLISIS

De la población estudiada se encontró 2 pacientes reintervenidos quirúrgicamente por hemorroidectomía por primera vez hace 10 años y 8 años respectivamente en otra casa de salud y la segunda intervención en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012.



**TABLA 9**

**TÉCNICA QUIRÚRGICA DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

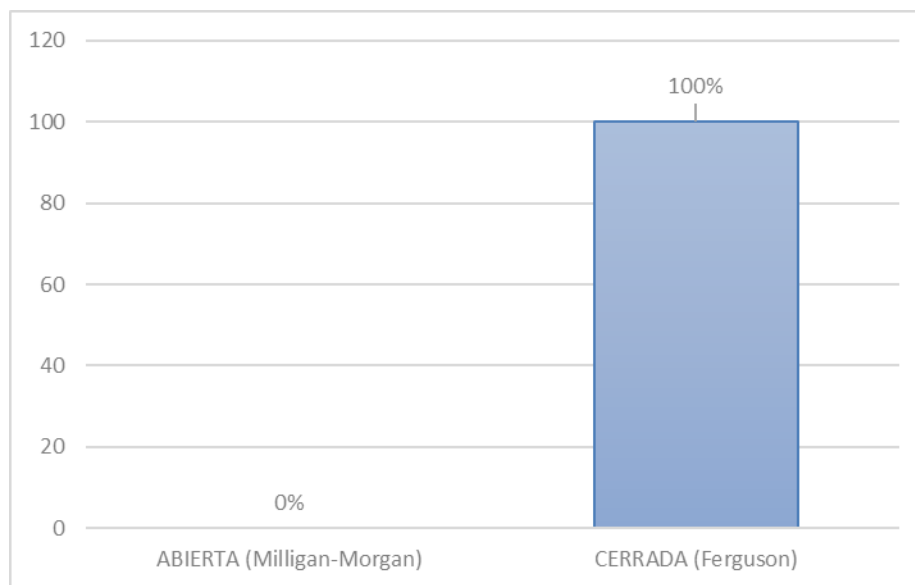
TÉCNICA QUIRURGICA	CASOS	PORCENTAJE
ABIERTA (Milligan-Morgan)	0	0
CERRADA (Ferguson)	64	100
TOTAL	64	100

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 9**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°9

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## **ANÁLISIS**

La técnica cerrada o Ferguson se utilizó como único método de tratamiento quirúrgico en el total de pacientes intervenidos en esta casa de salud.

**TABLA 10**

**SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

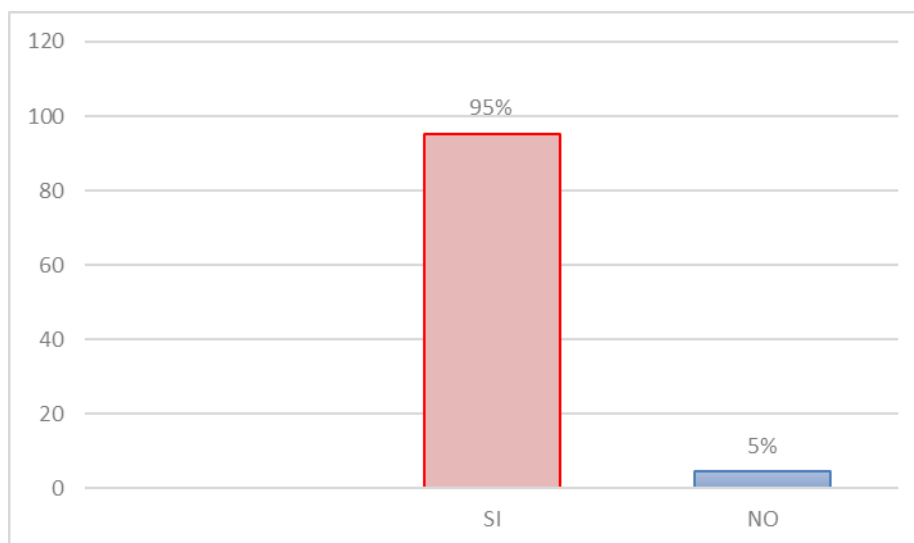
SATISFACCIÓN DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS	CASOS	PORCENTAJE
SI	61	95
NO	3	5
TOTAL	64	100

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 10**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°10

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**ANÁLISIS**

En relación a la percepción de los pacientes existe un alto grado de satisfacción con los resultados obtenidos luego del tratamiento quirúrgico, comparado con un bajo porcentaje de insatisfacción referida por el universo estudiado.

**TABLA 11**

**RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (SANGRADO ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

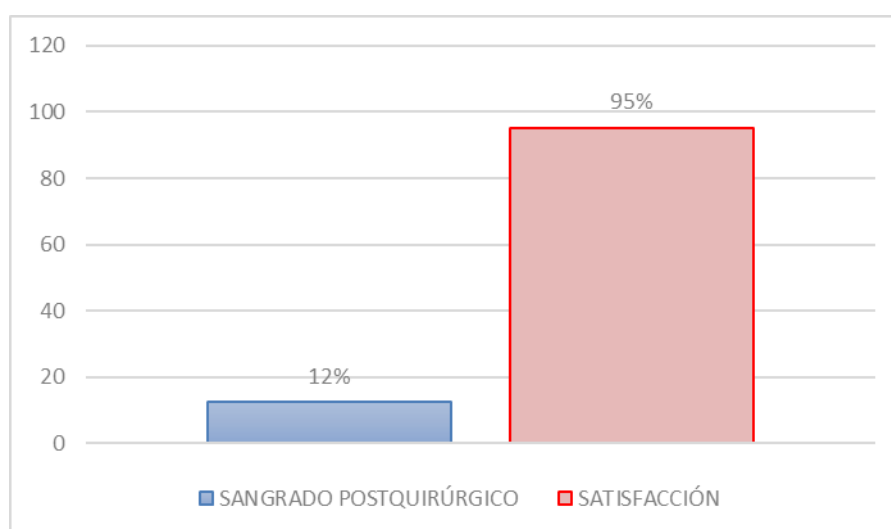
	SANGRADO ANAL		SATISFACCIÓN	
	f	%	f	%
SI	8	12	61	95
NO	56	88	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 11**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (SANGRADO) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°11

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## **ANÁLISIS**

El sangrado postquirúrgico fue poco frecuente en el universo de estudio y no influyó de manera significativa con el alto grado de satisfacción referido por los pacientes hemorroidectomizados.

**TABLA 12**

**RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (PRURITO ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

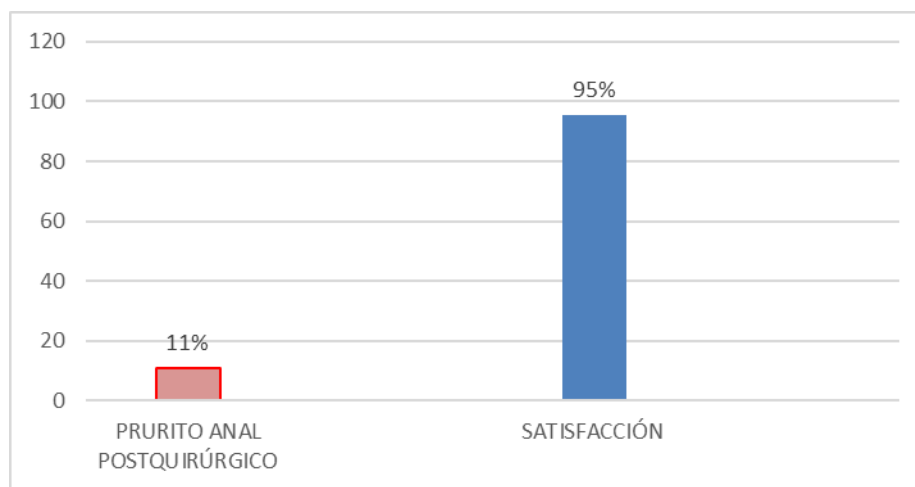
	PRURITO ANAL		SATISFACCIÓN	
	f	%	f	%
SI	7	11	61	95
NO	57	89	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 12**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (PRURITO ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°12

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**ANÁLISIS**

Se determinó que el elevado grado de satisfacción post hemorroidectomía, no fue afectado de manera relevante por la reducida frecuencia de prurito anal post quirúrgico.

**TABLA 13**

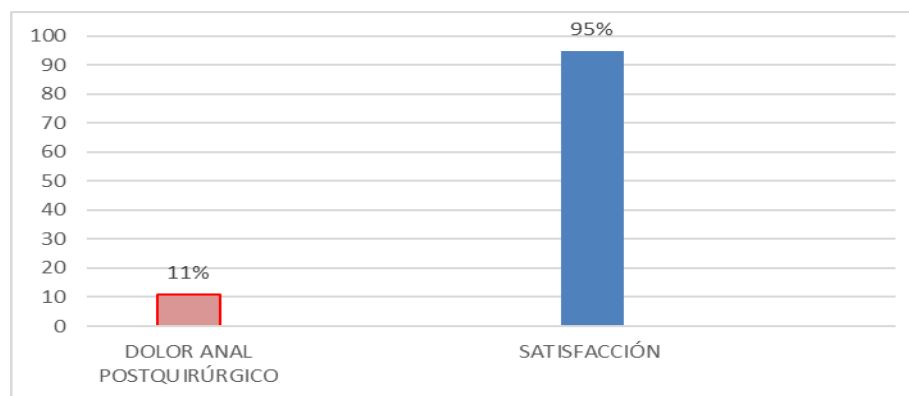
**RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (DOLOR ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

	DOLOR ANAL POSTQUIRÚRGICO		SATISFACCIÓN	
	f	%	f	%
SI	7	11	61	95
NO	57	89	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE  
Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 13**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (DOLOR ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°13

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## **ANÁLISIS**

Al analizar la persistencia de dolor anal postquirúrgico se encontró una incidencia no significativa en relación al alto grado de satisfacción encontrado.

**TABLA 14**

**RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (INCONTINENCIA ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

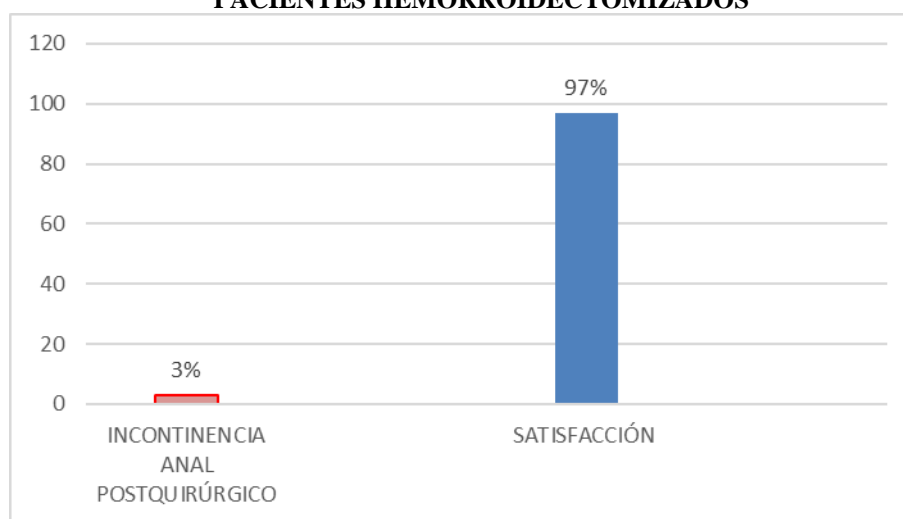
	INCONTINENCIA ANAL POSTQUIRÚRGICO		SATISFACCIÓN	
	f	%	f	%
SI	2	3	61	95
NO	62	97	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 14**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA POSTQUIRÚRGICA (INCONTINENCIA ANAL) DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°14

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## **ANÁLISIS**

De todos los pacientes estudiados es baja la frecuencia de incontinencia anal postquirúrgica que está directamente relacionada con la insatisfacción.

**TABLA 15**

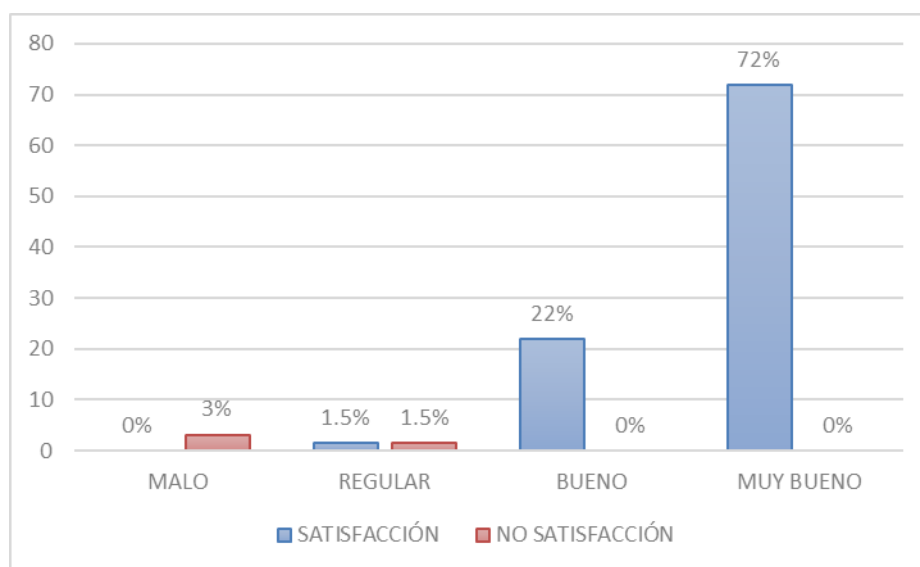
**RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA PERCEPCIÓN DEL RESULTADO DE CIRUGÍA DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012.**

	SATISFACCIÓN				TOTAL	
	SI	%	NO	%	F	%
MALO	0	0	2	3	2	3
REGULAR	1	1.5	1	1.5	2	3
BUENO	14	22	0	0	14	22
MUY BUENO	46	72	0	0	46	72
TOTAL					64	100

Fuente: Archivo estadística HEE  
Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 15**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA RELACIÓN DE SATISFACCIÓN CON LA PERCEPCIÓN DEL RESULTADO DE CIRUGÍA DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°15  
Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## ANÁLISIS

Existe correlación positiva entre la satisfacción y la percepción del resultado de la hemorroidectomía, que califican el procedimiento quirúrgico de muy bueno con estar satisfechos, a lo que contrarresta la baja frecuencia de casos que refieren insatisfacción.

**TABLA 16**

**TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012**

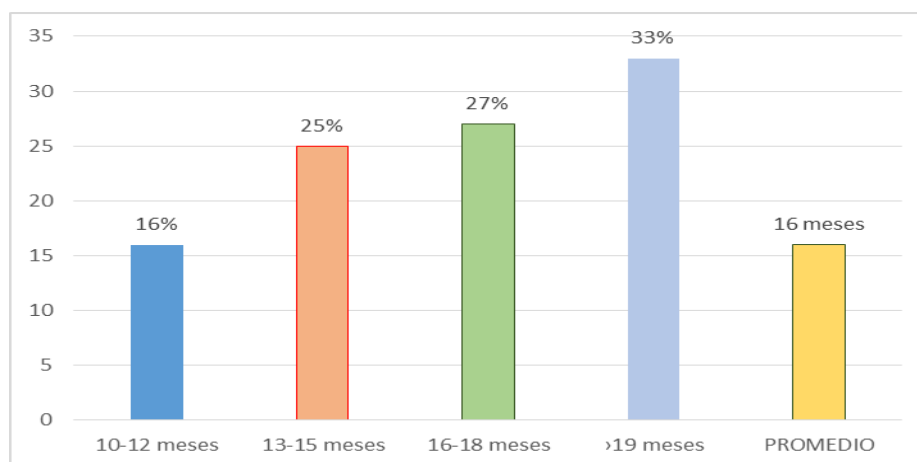
TIEMPO SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
10-12 meses	10	16
13-15 meses	16	25
16-18 meses	17	27
>19 meses	21	33
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo estadística HEE

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

**GRÁFICO N° 16**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES HEMORROIDECTOMIZADOS**



Fuente: Tabla N°16

Elaborado por: J. Calero, D. Ramos

## **ANÁLISIS**

Al analizar el tiempo de seguimiento de los pacientes hemorroidectomizados, el rango fluctuó entre 11 a 22 meses, con promedio de 16 meses, tiempo adecuado para evaluar el nivel de satisfacción.



## CAPITULO IV

### 4.1. RESULTADOS

Una vez realizado la investigación retrospectiva y de seguimiento sobre el grado de satisfacción en los pacientes tratados con Hemorroidectomía en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012, los datos se procesaron en el sistema EPI-INFO y Excel evidenciándose los siguientes resultados:

- El universo de estudio estuvo constituido por 64 pacientes que contestaron la encuesta realizada.
- La edad de los pacientes vario entre 26 y 76 años, con una mediana de 48 años, distribuidos de la siguiente manera: 20-29 años 4 casos (6%), 30-39 años 13 casos (20%), 40-49 años 19 casos (30%), 50-59 años 18 casos (28%), 60-69 años 7 casos (11%), y de 70-79 años 3 casos (5%), la mayor incidencia de esta patología se presentó en la cuarta década de vida.
- La incidencia para el sexo masculino fue predominante con 41 pacientes que corresponde al 64%, frente al sexo femenino con 23 casos equivalente al 36% de la población.
- En cuanto a la sintomatología prequirúrgica; el sangrado fue el síntoma de mayor frecuencia con 64 (100%) de los casos estudiados, con una disminución significativa en el postquirúrgico de 56 casos (88%) frente a 8 casos (12%) que aún mantienen esta sintomatología.
- El Prurito anal como síntoma previo a la intervención se encontró en 51 casos (80%) que afirmaron tener esta molestia y 13 casos (20%) que no lo presentaron; en el postquirúrgico 7 casos (11%) continúan con esta molestia, mientras que 57 pacientes (89%) no refirieron esta sintomatología.
- En la sintomatología prequirúrgica el dolor anal fue relacionado con la defecación por 52 pacientes (81%), de manera espontánea 4 pacientes (6%) y que no presentaron esta molestia 8 pacientes (13%), luego de la intervención quirúrgica 57 pacientes (89%) no presentan dolor anal, 7 pacientes refieren

mantener dolor anal, 6 de ellos (9%) refieren que la molestia se presentó al momento de la defecación y 1 (2%) de forma espontánea mismo que se relaciona con los 61 pacientes (95%) que estuvieron satisfechos.

- La incontinencia anal como sintomatología pre quirúrgica se encontró en 9 pacientes (14%), en relación a 55 pacientes (86%) que no lo presentaron; luego de la intervención quirúrgica 62 pacientes (97%) no refieren esta molestia y 2 pacientes (3%) continúan con esta sintomatología.
- No se evidenciaron pacientes que hayan presentado estenosis anal en el pre y postquirúrgico
- Del total de la población estudiada se encontró 2 casos (3%), que fueron reintervenidos, en los diez últimos años, siendo la primera intervención quirúrgica en otras casas de salud y la segunda en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- La técnica quirúrgica cerrada o Ferguson fue utilizada en los 64 pacientes (100%) hemorroidectomizados en el año 2012.
- La apreciación de los pacientes acerca del resultado de la cirugía fue malo 2 casos (3%), regular 2 casos (3%), bueno 14 casos (22%), muy bueno 46 casos (72%).
- En cuanto a la evaluación de la satisfacción posterior al tratamiento quirúrgico 61 pacientes (95%) refieren estar satisfechos y 3 pacientes (5%) se encontraron insatisfechos.
- Se observó que los 8 pacientes (12%) presentaron sangrado luego de la hemorroidectomía, no influyeron en los 61 pacientes (95%) que manifestaron estar satisfechos
- Se observó que 7 pacientes (11%) presentaron prurito anal postquirúrgico, porcentaje que no influye en los 61 pacientes (95%) que refieren satisfacción.
- Los 2 casos (3%) de incontinencia anal encontrados luego del procedimiento quirúrgico, se manifestaron no satisfacción postquirúrgica
- Al analizar la satisfacción del resultado de la cirugía se encontró que 2 pacientes (3%) evaluaron como malo el resultado del procedimiento

quirúrgico, y esta manifestación se encuentra relacionada con los dos casos de incontinencia postquirúrgica mismos no están satisfechos; 2 pacientes calificaron de regular el resultado de la hemorroidectomía, de los cuales 1 (1.5%) no está satisfecho y 1 (1.5%) si lo está; además 14 pacientes (22%) refirieron como bueno y de muy bueno 46 pacientes (72%) que se hallan satisfechos luego de la intervención quirúrgica.

- El tiempo de seguimiento a los pacientes hemorroidectomizados fue de 10-12 meses (16%), 13-15 meses (25%), 16-18 meses (27%) y 19 meses (33%) con un promedio de 16 meses.

## 4.2 DISCUSION

La evaluación de la percepción de la salud así como de la satisfacción con el tratamiento es una herramienta para el control rutinario de los resultados en la práctica médica.

En la literatura actual los estudios relacionados con la hemorroidectomía describen con rigor los resultados de la técnica quirúrgica, sin hacer hincapié en la apreciación acerca del grado de satisfacción que tienen los pacientes en el postoperatorio a largo plazo, siendo importante conocer la satisfacción terapéutica que tienen los pacientes para lograr la excelencia de los servicios de salud prestados.

Este estudio a nivel institucional es el primero en elaborarse, el universo constituyeron 64 pacientes, a través de una investigación retrospectiva de seguimiento, realizada en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo-Quito año 2012; el principal objetivo fue evaluar el grado de satisfacción que los pacientes presentaron posterior a la hemorroidectomía.

La población estudiada demostró predominio de la enfermedad hemorroidal en el sexo masculino (54%) con respecto al femenino (46%). Similar a los resultados publicados por Reytor<sup>32</sup> en Cuba cuya predisposición también fue para el sexo masculino (72,7 %), Villanueva<sup>33</sup> en México reporta el 62,8% en comparación al femenino.

El rango de edad se encontró de 26 a 76 años; comparado con Villanueva<sup>33</sup> con una mínima de 18 años y una máxima de 78 años, se observó semejanza aunque este estudio Mexicano reporta casos en pacientes más jóvenes.

El promedio de edad se encuentra en la cuarta década de vida siendo similar a los estudios de Ferrari<sup>12</sup>.

El síntoma prequirúrgico más frecuente de este estudio fue el sangrado con el 100% de los casos, similar al estudio de Generoso<sup>32</sup> con el 100%, mientras que Heine<sup>1</sup> da a conocer el 91%. El sangrado postquirúrgico se presentó en el 12% de la población, en cambio Ferrari<sup>12</sup> informa un (0,47%), es decir muy poco frecuente en relación a este estudio.

El prurito anal antes del procedimiento quirúrgico se presentó en el 80% de los pacientes, lo que contrarresta con el estudio de Ferrari (2013)<sup>12</sup> que reporta el prurito prequirúrgico del 18,4% y Reyor<sup>32</sup> (13,6 %). Posterior al tratamiento quirúrgico el prurito mejoró el 89%, lo que concuerda con el reporte de Heine<sup>1</sup> con el (84%).

El dolor anal prequirúrgico fue del 87% disminuyendo al 89% luego del procedimiento quirúrgico. Heine<sup>1</sup> lo reporta el 68% antes del procedimiento quirúrgico desapareciendo en el 80% luego de la intervención.

En cuanto a la incontinencia posterior a la hemorroidectomía Arroyo (2004)<sup>5</sup> no reportó ningún caso; Jaramillo<sup>15</sup> un solo caso, y en este estudio se reportan dos casos de incontinencia postquirúrgico.

Ningún paciente en esta investigación presentó estenosis anal postquirúrgica, a la investigación de Arroyo<sup>5</sup> quien realizó un estudio prospectivo randomizado de 200 pacientes, en que comparó la técnica abierta con la cerrada, no reporta sintomatología recurrente de estenosis anal, en el primer año de seguimiento.

En relación a la reintervención quirúrgica en el presente estudio se encontró 2 casos, cave recalcar que los casos operados por reintervención se trató de pacientes cuya primera intervención quirúrgica se realizó en otra casa de salud y la segunda en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, a diferencia del estudio de Arroyo<sup>5</sup> quien no reporta ninguna reintervención luego de la hemorroidectomía.

En este estudio la técnica quirúrgica utilizada fue la cerrada o Ferguson en el 100% de los casos. Arroyo<sup>5</sup> reporta que la Hemorroidectomía cerrada da mejores resultados en términos de dolor, lo que contradice Ho YH<sup>17</sup> en el meta-análisis de ensayos controlados aleatorios, donde demuestra que no hay diferencia significativa en las tasas de curación entre las técnicas abierta y cerrada.

En cuanto a la incontinencia anal no se encontró casos positivos, similar al reporte de Jaramillo<sup>15</sup> en el estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure, donde presento un solo caso.

Con respecto al grado de satisfacción de los pacientes, obtenida con el tratamiento integral de la hemorroidectomía en este estudio el 95% de los 64 pacientes que

respondieron la encuesta telefónica se encontraron satisfechos, realizada a mediano y largo plazo con un promedio de seguimiento de 16 meses, resultados que son comparables con el estudio de Germain<sup>6</sup> quien realizó un estudio retrospectivo transversal, donde analiza fichas clínicas de pacientes operados con técnica PPH entre enero del 2001 y diciembre del 2007, en que se evaluó la satisfacción del paciente, mediante una encuesta telefónica efectuada a largo plazo (mediana 49,2 meses). En relación al grado de satisfacción el 83% consideró los resultados desde buenos a excelentes.

Los resultados obtenidos en la presente investigación también son similares al estudio de Azolas<sup>4</sup> quien realizó un estudio prospectivo aleatorizado de seguimiento para evaluar satisfacción en cirugía ambulatoria de Hemorroidectomía cerrada y semicerrada que incluyó 48 pacientes para hemorroidectomía, 24 fueron hemorroidectomías con técnica cerrada y 24 con técnica semicerrada. El nivel de satisfacción de los pacientes en relación a la cirugía ambulatoria fue de un 95% para la calificación entre muy bueno y bueno.

Heine<sup>1</sup> en un estudio realizado entre enero del 2007 y enero del 2009 sobre la Evaluación Funcional y Encuesta de Satisfacción de los Pacientes Operados de Hemorroides con Técnica de PPH, aplica una encuesta telefónica y por correo electrónico a cada uno de los casos identificados para consignar la presencia de algunos síntomas antes y después de la cirugía. De los cuales, 57 pacientes (64%) del total de 89 pacientes intervenidos completaron la encuesta con un seguimiento de 17,6 meses. Al analizar el grado de satisfacción un 72% calificó el procedimiento como muy bueno, 16% como bueno, 6% como regular, 4% como deficiente y un 4% lo calificaron como malo. Si se compara al presente estudio realizado con un total de 64 pacientes en un tiempo promedio de seguimiento de 16 meses, se observó que los resultados de la calificación de la cirugía son similares con 72% de muy bueno; 22% bueno; 3% regular y 3% de los pacientes como malo.

## CONCLUSIONES

- El objetivo fundamental de la presente tesina fue evaluar el grado de satisfacción de los pacientes tratados con hemorroidectomía en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012, para aportar con evidencia documental y valida acerca del grado de satisfacción evaluado de forma subjetiva por los pacientes, que permitió observar de forma objetiva la calidad de atención relacionada directamente con el cumplimiento de las expectativas de los pacientes al manifestar el alto porcentaje de la satisfacción postquirúrgica.
- Se extrajo de la base de datos virtual proporcionada por el servicio de estadística de esta casa de salud, la población total de 64 pacientes con patología hemorroidal tratada quirúrgicamente, observándose el predominio de presentación de esta patología en el sexo masculino frente al sexo femenino, además se demostró que la edad con mayor incidencia estuvo incluida en la cuarta década de vida.
- La técnica quirúrgica empleada en el total de la población estudiada fue la técnica cerrada de Ferguson.
- Se encontró una baja incidencia de 2 casos reintervenidos, no obstante cabe aclarar que la primera intervención no fue realizada en esta casa de salud y que tuvo lugar hace 8 y 10 años atrás respectivamente,
- En cuanto a la satisfacción relacionada de forma objetiva mediante el análisis crítico de la clínica prequirúrgica con el estado actual de los pacientes hemorroidectomizados se encontró que la sintomatología, disminuyo notablemente en el postquirúrgico a mediano y largo plazo, lo cual corrobora el alto grado de satisfacción referido por los pacientes.
- El tiempo de seguimiento para este trabajo fue de 11 a 22 meses post hemorroidectomía, con un promedio de 16 meses, evaluando el nivel de satisfacción en el estudio a mediano y largo plazo.

## **RECOMENDACIONES**

Al finalizar la presente investigación para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes hemorroidectomizados en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el año 2012 se propone las siguientes recomendaciones:

- Es necesario fomentar la investigación en el campo de la satisfacción por parte de los usuarios de los sistemas de salud ya que como se mencionó existe escasez de bibliografía que valide el trabajo desempeñado y así demostrar si la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario, y del sistema proveedor de salud, por lo tanto es perentorio que esta sea una actividad permanente y difundida en los diferentes servicios de esta casa de salud.
- Implementar técnicas actualizadas, si bien es cierto se han obtenido buenos resultados con la empleada actualmente, sería importante realizar una comparación de los resultados con la utilización de otra técnica quirúrgica.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. HEINE, C. Y CÁPONA P. Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000600010>
2. BRACHET, D. LERMITE, E; ARNAUD, J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal Pag: 1–16.
3. RECASENS, S. BOAD, R. PUIG, C. FERRER, P. Control Del Dolor Postoperatorio En Hemorroidectomía Ambulatoria Mediante Infusión Endovenosa Continua Domiciliaria  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000200002/Actualizado Marzo 2005.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200002/Actualizado%20Marzo%202005)
4. AZOLAS, R; VILLALÓN, C; DANILLA, E; Hemorroidectomía Cerrada Y Semicerrada: Estudio Prospectivo Aleatorizado,  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262010000400010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262010000400010&script=sci_arttext&tlng=en), actualizado Agosto del 2010.
5. ARROYO, A; PÉREZ F; MIRANDA E; Open versus closed day-case haemorrhoidectomy: is there any difference? Results of a prospective randomised study/2004 Jul. 19 (4) pág 3-370.
6. GERMAIN, P; Suárez M; Faccilongo G; /Hemorroidopexia Con PPH: Resultados A Corto Y Largo Plazo;. 4-9
7. REYES, R; GARCÍA-HUIDOBRO H. Hemorroidectomía ambulatoria con preservación de anodermo / Ambulatory hemorrhoidectomy with preservation of the anoderm; pág: 271-276
8. BERMEJO, S. Y ÁLVAREZ, J, Hemorroides;  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082006000300009&lang=pt\)](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000300009&lang=pt)

9. SCHWARTZ/Principios de Cirugía/Colon Recto y Ano/ Hemorroides/Octava edición/ Pag: 1101-1104
10. INSTITUTO PROCTOLÓGICO DE BARCELONA; Clasificación de las Hemorroides; <http://www.institutoproctologico.com/preguntas-y-respuestas.php?x=Hemorroides&y=Clasificaci%F3n+de+las+hemorroides>
11. GARCÍA, A; Hemorroides. Clasificación, diagnóstico y tratamiento; [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000100017&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000100017&script=sci_arttext)
12. QUIJANO, C, ABALOS E; Tratamiento Conservador Para Las Hemorroides Sintomáticas y/o Complicadas Durante El Embarazo Y El Puerperio; <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%207822670&DocumentID=CD004077>
13. SHANMUGAM, V. THAHA, M. RABINDRANATH, K; Ligadura Con Banda Elástica Versus Hemorroidectomía De Escisión Para Las Hemorroides, <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=C D005034>
14. COELLO, A. GUYATT, G. HEELS-ANSDELL, D; Laxantes Para El Tratamiento De Las Hemorroides <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%207822670&DocumentID=CD004649>
15. JARAMILLO, L. BELTRÁN, M. BOZZO, I. Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure; <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a4.pdf>
16. MURÚA A, MARIÁNGEL P, BOHLE O. Hemorroidectomía con técnica de Mitchell modificada. Experiencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia

entre los años 1991–2000; [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642004000100005&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642004000100005&script=sci_arttext)

17. HO YH, BUETTNER P. Abierta en comparación con la hemorroidectomía cerrada: Meta-análisis de ensayos controlados aleatorios pag 11:135-143.
18. FERRARI, L. JAMIER, L. BARRIONUEVO, M. GARCÍA, D. Análisis y Resultados de la Operación de Ferguson en el Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal; pag 85-89.
19. GENÇOSMANOĞLU, R. SAD, O. KOÇ, D. INCEOĞLU R; Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11786767>
20. LARRONDO, R. MUGUERCIA, A. GONZÁLEZ, R; El prurito. Síntoma frecuente en la atención primaria de salud; [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400016)
21. AMARRILLO, HUGO R. AMARILLO HUGO A; Hemorroides y sus Complicaciones; <http://www.sacd.org.ar/tsetentaycinco.pdf>
22. IBARRA, E; Una Nueva Definición de Dolor, Un Imperativo de Nuestros Días; [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462006000200001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462006000200001&script=sci_arttext&tlng=pt).
23. CHARUA-GUINDIC, L; Patología Proctológica más Frecuente; [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_medica\\_hospital\\_general\\_mexico/10Patologiaproctologica.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_medica_hospital_general_mexico/10Patologiaproctologica.pdf)
24. CHARUA, L. y NAVARRETE, T. Incontinencia Fecal; <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg061g.pdf>

25. MOREIRA, V. y LÓPEZ, S; Hemorroides;  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082006000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082006000300009&script=sci_arttext)
26. MASSIP, C. PÉREZ, R; ORTIZ, M; La Evaluación De La Satisfacción En Salud: Un Reto A La Calidad; [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext)
27. JAYARAMAN S, COLQUHOUN, P. MALTHANER, R.; Cirugía Con Grapas Versus Cirugía Convencional Para Las Hemorroides; <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%207848246&DocumentID=CD005393>
28. MELKONIAN T. VILLAR, M. CAMPAÑA V. OPAZO, S. PARADA, L. Mucosectomía con estapler (PPH) como alternativa quirúrgica para los hemorroides; [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262006000400006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000400006&lang=pt)
29. LOBATO, L. BECERRA, J; Patología Hemorroidal; <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemorro.pdf>
30. HERVÁS, A. FORCÉN, T; Hemorroides; <http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2009/11/hemorroides1.pdf>
31. BANNURA, G. MELO, C; Técnica del PPH en el tratamiento quirúrgico de los hemorroides internos grado III. Análisis crítico; [http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202002\\_06/Rev.Cir.6.02.%2804%29.pdf](http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202002_06/Rev.Cir.6.02.%2804%29.pdf)
32. GENEROSO, E. REYTOR, G. GENE, A. PINO, R/ Estudio de las hemorroides en un consultorio médico del Plan Turquino del municipio Frank País, año 2005; <http://www.cocmed.sld.cu/no103/n103ori6.htm>

33. VILLANUEVA, E. PEÑA, J. MARTÍNEZ, P; Enfermedad Hemorroidal En Unidad Médica De Alta Especialidad;  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90223758&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=288&ty=54&accion=L&origen=gastromexico%20&web=http://www.revistagastroenterologiamexico.org/&lan=es&fichero=05vol71num4.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90223758&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=288&ty=54&accion=L&origen=gastromexico%20&web=http://www.revistagastroenterologiamexico.org/&lan=es&fichero=05vol71num4.pdf)
34. WAINSTEIN, C Y GUERRA, R. Incontinencia Fecal En El Adulto Un Desafío Permanente  
[http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/8-Dr.Wainstein.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/8-Dr.Wainstein.pdf)

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Amarillo, R., Amarillo A. (2009). Hemorroides y sus Complicaciones. Cirugía Digestiva. [en línea],III-375. Disponible en:  
<http://www.sacd.org.ar/tsetentaycinco.pdf>
2. Arroyo, A., Pérez, F., Miranda, E. (2004). Open versus closed day-case haemorrhoidectomy: is there any difference? Results of a prospective randomised study. [en línea],19 (4), 3-370. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15170517>
3. Azolas, R., Villalón, C., Danilla, E. (2010). Hemorroidectomía Cerrada Y Semicerrada: Estudio Prospectivo Aleatorizado. Revista Chilena de Cirugía. [en línea],62(4),382-386. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262010000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
4. BANNURA, G. Melo, C (2002, diciembre) Técnica del PPH en el tratamiento quirúrgico de los hemorroides internos grado III. Análisis crítico/. REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA volumen 54 - Nº 6(en línea); págs. 589-594 disponible en:[http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202002\\_06/Rev.Cir.6.02.%20804%29.pdf](http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202002_06/Rev.Cir.6.02.%20804%29.pdf)
5. Bermejo, J., y Álvarez, J. (2006). Hemorroides. SCIELO. Revista Española de Enfermedades Digestivas. [en línea],98 (3). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082006000300009&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000300009&lang=pt)
6. Brachet, D., Lermite, E., Arnaud, J. (2011) Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal. ELSEVIER. [en línea], 28 (4), 1-16. Disponible en:  
[http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_medica\\_hospital\\_general\\_mexico/10Patologiaproctologica.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_medica_hospital_general_mexico/10Patologiaproctologica.pdf)

7. Charua, Guindic, L. (2011). Patología Proctológica más Frecuente. ELSEIVER. Revista Médica del Hospital General de México. [en línea], 74 (4), 234-241. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-medica-hospital-general-mexico-325/patologia-proctologica-mas-frecuente-90090734-articulo-revision-2011>
8. Charua, L., Navarrete, T. (2006). Incontinencia Fecal. Revista médica del hospital general de México. [en línea], 69 (1), 36-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg061g.pdf>
9. Coello, A., Guyatt, G., Heels, D. (2005). Laxantes Para El Tratamiento De Las Hemorroides. COCHRANE PLUS. [en línea], 12 (4), 1-13. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%207822670&DocumentID=CD004649>
10. Ferrari, L., Jamier, L., Barrionuevo, M. (2013). Análisis y Resultados de la Operación de Ferguson en el Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal. Revista Argentina de Coloproctología. [en línea], 24 (2), 85-89. Disponible en: [http://sacp.sites.11.excelsos.com.ar/revista/files/PDF/24\\_04/24\\_02\\_07.pdf](http://sacp.sites.11.excelsos.com.ar/revista/files/PDF/24_04/24_02_07.pdf)
11. GENÇOSMANOĞLU, R. Sad, O. Koç, D. Inceoğlu R (2009) Unit of Surgery, Marmara University Institute of Gastroenterology, Istanbul, Turkey/Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial / PUBMED (en línea) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11786767>
12. Generoso, E., Reytor, G., Gene, A. (2005). Estudio de las hemorroides en un consultorio médico del Plan Turquino del municipio Frank País. Cuba. [en línea], 10 (3), 1-12. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no103/n103ori6.htm>
13. Germain, P., Suárez, M., Faccilongo, G. (2011). Hemorroidopexia Con PPH: Resultados A Corto Y Largo Plazo. Revista NEF Científica [en línea], 1 (5), 4-9. Disponible en: [http://www.hospitalnaval.cl/revista/Revista\\_NEF\\_05.pdf](http://www.hospitalnaval.cl/revista/Revista_NEF_05.pdf)

14. GUTIERRES, A., (2008, marzo), Hemorroides. Clasificación, diagnóstico y tratamiento/ SCIELO Cir v.47 n.1 Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000100017&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000100017&script=sci_arttext)
15. HEINE, C. y Cápona P.(2010, diciembre)Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH/ SCIELO Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - N° 6, pág. 600-606(en línea) disponible en : <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000600010>
16. Hervás, A., Forcén, T. (2002). Hemorroides. GUÍAS CLINICAS. Centro de Salud Tafalla – Navarra - España. [en línea], 2 (47), 4-9. Disponible en:  
<http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2009/11/hemorroides1.pdf>
17. HO, Yh., Buettner, P. (2007). hemorroidectomía Abierta en comparación con la hemorroidectomía cerrada: Meta-análisis de ensayos controlados aleatorios PUBMED. Tech Coloproctología. [en línea], 11-135. Disponible en:  
[http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_medica\\_hospital\\_general\\_mexico/10Patologiaproctologica.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_medica_hospital_general_mexico/10Patologiaproctologica.pdf)
18. Ibarra, E, (2006, marzo). Una Nueva Definición de Dolor, Un Imperativo de Nuestros Días. SCIELO. [en línea], ISSN 1134-8046, Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462006000200001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462006000200001&script=sci_arttext&tlng=pt).
19. INSTITUTO PROCTOLÓGICO DE BARCELONA. (2013). Clasificación de las Hemorroides. [en línea], (1). Disponible en:  
<http://www.institutoproctologico.com/preguntas-y-respuestas.php?x=Hemorroides&y=Clasificaci%F3n+de+las+hemorroides>
20. JARAMILLO, L., Beltrán, M., Bozzo, I. (2011). Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía con LigaSure,



- Revista Colombiana de Cirugía. [en línea], 1 (26), 171-179 (en línea).  
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a4.pdf>
21. Jayaraman, S., Colquhoun, P., Malthaner, R. (2006). Cirugía Con Grapas Versus Cirugía Convencional Para Las Hemorroides. Biblioteca Cochrane Plus. [en línea], 12 (5), 1-13. Disponible en:  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%207848246&DocumentID=CD005393>
22. LARRONDO, R. Muguercia, A. González, R (2000, Agosto) El prurito. Síntoma frecuente en la atención primaria de salud. SCIELO. [en línea], ISSN 1561-3038, disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400016)
23. LOBATO, L., Becerra, J. (2010). Patología Hemorroidal. REVISTA DE CIRUGÍA COLORRECTAL DE MÁLAGA. (en línea) disponible:  
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemorro.pdf>
24. MASSIP, C., Pérez, R., Ortiz, M. (2008, diciembre). La Evaluación De La Satisfacción En Salud: Un Reto A La Calidad. SCIELO. (en línea), ISSN 0864-3466. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext)
25. MELKONIAN, T., Villar, M., Campaña, V. (2006, Agosto). Mucosectomía con estapler (PPH) como alternativa quirúrgica para los hemorroides. SCIELO. Rev. Chilena de Cirugía (en línea). Vol 58 (4), 266-269. Disponible:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262006000400006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000400006&lang=pt)
26. MOREIRA, V. y López, S. (2006, marzo) Hemorroides, SCIELO (en línea) ISSN 1130-0108/ disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082006000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082006000300009&script=sci_arttext)

27. MURÚA A, Mariángel P, John Bohle O. (2004) Hemorroidectomía con técnica de Mitchell modificada. Experiencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia entre los años 1991–2000, Cuadernos de Cirugía, Vol. 18 N° 1, pág. 33-37 (en línea) Disponible en: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642004000100005&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642004000100005&script=sci_arttext)
28. Quijano, C., Abalos, E. (2008). Tratamiento Conservador Para Las Hemorroides Sintomáticas y/o Complicadas Durante El Embarazo Y El Puerperio. Biblioteca Cochrane Plus. [en línea], 12 (4), 1-12. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%207822670&DocumentID=CD004077>
29. RECASENS, S. Boad, R. Puig, C. Ferrer, P.(2005, marzo), Control Del Dolor Postoperatorio En Hemorroidectomía Ambulatoria Mediante Infusión Endovenosa Continua Domiciliaria/ Revista de la Sociedad Española del Dolor(en línea) disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000200002/](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200002/)
30. REYES, R., Julio; García-Huidobro H., Ignacio; Vuletin S. ,Hemorroidectomía ambulatoria con preservación de anodermo / Ambulatory hemorrhoidectomy with preservation of the anoderm/ Rev. chilena. cir;53(3) paginas 271-276 publicada junio 2001.
31. SCHWARTZ/Principios de Cirugía/Colon Recto y Ano/ Hemorroides/Octava edición/ Pag: 1101-1104
32. Shanmugam, V., Thaha, M., Rabindranath, K., Campbell, K. (2005). Ligadura Con Banda Elástica Versus Hemorroidectomía De Escisión Para Las Hemorroides. COCHRANE PLUS. [en línea], 12 (4), 1-15. Disponible en:<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005034>

33. VILLANUEVA, E. Peña, J. Martínez, P., (2006) Enfermedad Hemorroidal En Unidad Médica De Alta Especialidad, Revista de Gastroenterología de México (en línea), pág. 429-432 disponible:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90223758&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=288&ty=54&accion=L&origen=gastromexico%20&web=http://www.revistagastroenterologiamexico.org/&lan=es&fichero=05vol71num4.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90223758&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=288&ty=54&accion=L&origen=gastromexico%20&web=http://www.revistagastroenterologiamexico.org/&lan=es&fichero=05vol71num4.pdf)
34. WAINSTEIN, C Y GUERRA, R. (2013, enero). Incontinencia Fecal En El Adulto Un Desafío Permanente. Revista Clínica Médica CLINDES. Disponible en:[http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/8-Dr.Wainstein.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/8-Dr.Wainstein.pdf) actualizado 2013.

# ANEXO

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

El objetivo de esta encuesta es evaluar el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a hemorroidectomía del servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Si usted acepta esta entrevista le solicitamos contestar con una X o responder si o no a las siguientes preguntas, en relación a su estado actual luego de haberse sometido a la hemorroidectomía en el 2012

**¿Ha presentado Sangrado al momento de la deposición?**

- Si
- No

**¿Ha presentado Dolor anal?**

- Si
- No

*Si contesto si el dolor está relacionado con:*

- Defecación
- Espontáneamente

**¿Ha notado disminución en el calibre de sus heces?**

- Si
- No

**¿Ha presentado Escozor anal?**

- Si
- No

**¿Ha tenido episodios de Ensuciamiento?**

- Si
- No

**¿Está satisfecho luego de su tratamiento quirúrgico?**

- Si
- No

**Califique los resultados de su cirugía**

- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy Bueno

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FECHA** \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS																						
N° HCL	Teléfono	Dirección	Edad	Sexo		Sangrado		Prurito Anal		Dolor Defecación		Dolor Espontaneo		Incontinencia		Estenosis Anal		Otros síntomas	Técnica QX		Reintervención	
				F	M	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		ABIERT	CERRDA		



Ministerio de Salud Pública  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"**  
SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Oficio No. 090-SUBDOC-HEE-13  
Quito, 04 de Diciembre de 2013

Doctor  
Miguel Ángel Cardoso  
DECANO DE LA FACULTAD  
DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

Presente:

Reciba un cordial saludo de la Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo".

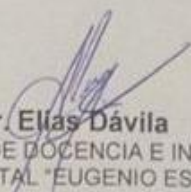
Por medio del presente pongo en su conocimiento que la Subdirección de Docencia e Investigación de este Hospital autoriza la realización del proyecto de investigación del protocolo de tesis de los estudiantes egresados en la Carrera de Medicina de su prestigiosa Universidad cuyo tema es:

"EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES TRATADOS CON HEMORROIDECTOMIA EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN EL AÑO 2012"

Con este antecedente al culminar el estudio deberá, obligatoriamente dejar un ejemplar en la Biblioteca de esta Casa de Salud.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
Dr. Elías Dávila

SUBDIRECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION  
HOSPITAL "EUGENIO ESPEJO"

