

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CÓDIGO: CI-COLO-GM-07
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 7

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Brindar los parámetros e indicaciones correctas a los médicos tratantes del Hospital Militar para el manejo y tratamiento quirúrgico de los pacientes que consultan al hospital militar cenral con ENFERMEDAD HEMORROIDAL.

2. METODOLOGIA

La presente guía se baso en el consenso médico del Hospital Militar Central, consultas bibliográficas con otras Instituciones, así como con la Secretaría de Salud para la actualización de las guías existentes en el Hospital Militar Central.

3. ALCANCE

Definición, clasificación, fisiopatología, factores asociados, diagnostico, sintomatología, tratamiento de la enfermedad hemorroidal.

4. POBLACION OBJETO

Usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con sus beneficiarios y/ó público en general que presente esta patología.

5. RECOMENDACIONES

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA DISPONIBLE

Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado aleatorio.
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi

GUIA DE MANEJO	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CODIGO	CI-COLO-GM-07	VERSION	01
		Página:	2 de 7		

5. RECOMENDACIONES

	experimental, bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

DEFINICIÓN

Podemos definir la enfermedad hemorroidal como el conjunto de síntomas y signos (dolor, prurito, prolapso, sangrado, etc.) atribuibles al prolapso del recubrimiento del canal anal y de los plejos hemorroidales; o alteraciones secundarias a dilataciones, inflamación o trombosis de los plejos hemorroidales. Se definen como hemorroides internas las que se encuentran por encima de la línea dentada y externas las que están por debajo de ésta.

PROBLEMA

Más del 50% de la población mayor de 50 años han experimentado problemas hemorroidales. Desafortunadamente muchos síntomas ano-rectales son atribuidos a problemas hemorroidales. Por lo tanto es muy importante que todo el personal que trata pacientes con enfermedad hemorroidal, tengan muy claro la evaluación y el manejo de pacientes con esta enfermedad.

GUIA DE MANEJO	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CODIGO	CI-COLO-GM-07	VERSION	01
		Página:	3 de 7		

5. RECOMENDACIONES

CLASIFICACIÓN

Hemorroides internas:

- Grado I: Paquetes hemorroidales prominentes no prolapsados por el orificio anal.
 Grado II: Prolapso por el orificio anal con valsava y reducción espontánea.
 Grado III: Prolapso por el orificio anal con valsava, reducción manual o con maniobras.
 Grado IV: Crónicamente prolapsadas por el orificio anal, no reducible manualmente.

EVALUACION

1. La evaluación de pacientes con enfermedad hemorroidal debe incluir una historia clínica y un examen físico dirigido. La historia clínica debe enfocarse en la severidad y la duración de los síntomas; tal como sangrado, prolapso, hábitos de higiene, ingesta de fibra y agua, hábito fecal, consistencia de las deposiciones, facilidad de la deposición. Si el paciente tiene sangrado se debe hacer énfasis en la historia familiar, que pueda sugerir etiología neoplásica. El examen físico debe incluir inspección visual del ano, examen digital, anoscopia y/o proctoscopia. **1C**
2. Está indicado a todo paciente con sangrado asociado a enfermedad hemorroidal realizar proctoscopia y/o colonoscopia. Debe descartarse otra enfermedad como neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis, enfermedad diverticular o angiodisplasia. **1B**

TRATAMIENTO MÉDICO

Modificaciones dietarias, se recomienda tener una dieta alta en fibra y alta ingesta de agua. Recomendado para pacientes con síntomas leves, grado I y II. Evitando tiempos prolongados y esfuerzo al realizar deposición.
 También es importante la higiene local, los baños de asiento, analgésicos orales, no uso de cremas, pomadas o supositorios. **1B**
 Se pueden utilizar terapias de frío local con aplicadores especiales (Anoice)

TRATAMIENTO QUIRURGICO

1.

Procedimientos en consultorio **1B**

Pacientes con grado I, II y III a quienes el tratamiento médico falla, se pueden utilizar terapias quirúrgicas que disminuyan la vascularización, reduzcan el tejido redundante y la fijación hemorroidal. Los pacientes deben entender que estos procedimientos pueden tener un porcentaje entre el 5% y el 15% de recidiva:

A.

Banda elástica y ligadura. En un meta-análisis de 18 estudios

prospectivos se evidenció que la banda elástica y ligadura es superior a la escleroterapia y a coagulación infraroja en pacientes con hemorroides grado I,II y III.

2.

Procedimiento quirúrgicos **2C**

Debe ser reservada para pacientes refractarios a procedimientos en consultorio, quienes no toleran estos procedimientos, pacientes con hemorroides muy grandes, o en quienes combinan hemorroides internas y externa de grado II y IV.

GUIA DE MANEJO	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CODIGO	CI-COLO-GM-07	VERSION	01
		Página:	4 de 7		

5. RECOMENDACIONES

A. milligan y Morgan, ES EL GOLD ESTANDAR EN EL MUNDO. Todo tejido removido debe ir a estudio histopatológico para descartar melanomas tumores escamosos u otro tipo de tumores o inflamación.

Escisión quirúrgica. Hemorroidectomía de fergusson o de

B. Hemorroidopexia.

Indicaciones

- 1) Hemorroides internas GIII
- 2) Prolapso Hemorroidal
- 3) Hemorroides internas GII sintomáticas

Una vez se ha terminado el procedimiento el tejido hemorroidal retorna al sitio adecuado dentro del canal anal (Hemorroidopexia) , reduciendo el prolapso y en termino mas tardio la presencia de cicatriz fibrosa previene el prolapso de las hemorroides .

El posoperatorio se formulan analgésicos , antiinflamatorios con laxantes de volumen por 3 días . Control posoperatorio al día 7º.

La mayoría de pacientes con hemorroides comúnmente se ha llamado esfinterotomía "química" y que tiene buenos resultados de cicatrización, efectos secundarios y tolerancia por los pacientes.

Medidas Generales: Los cuidados tanto pre como post operatorios recomendados son: analgésicos orales, dieta rica en fibra, cereales, ablandadores de material fecal (derivados del Psyllium o Ispaghula), higiene local (baños de asiento), controles una vez por semana durante un mes, luego cada mes por tres meses para analizar evolución y complicaciones. El Tacto rectal se realiza después de la segunda semana y según evolución.

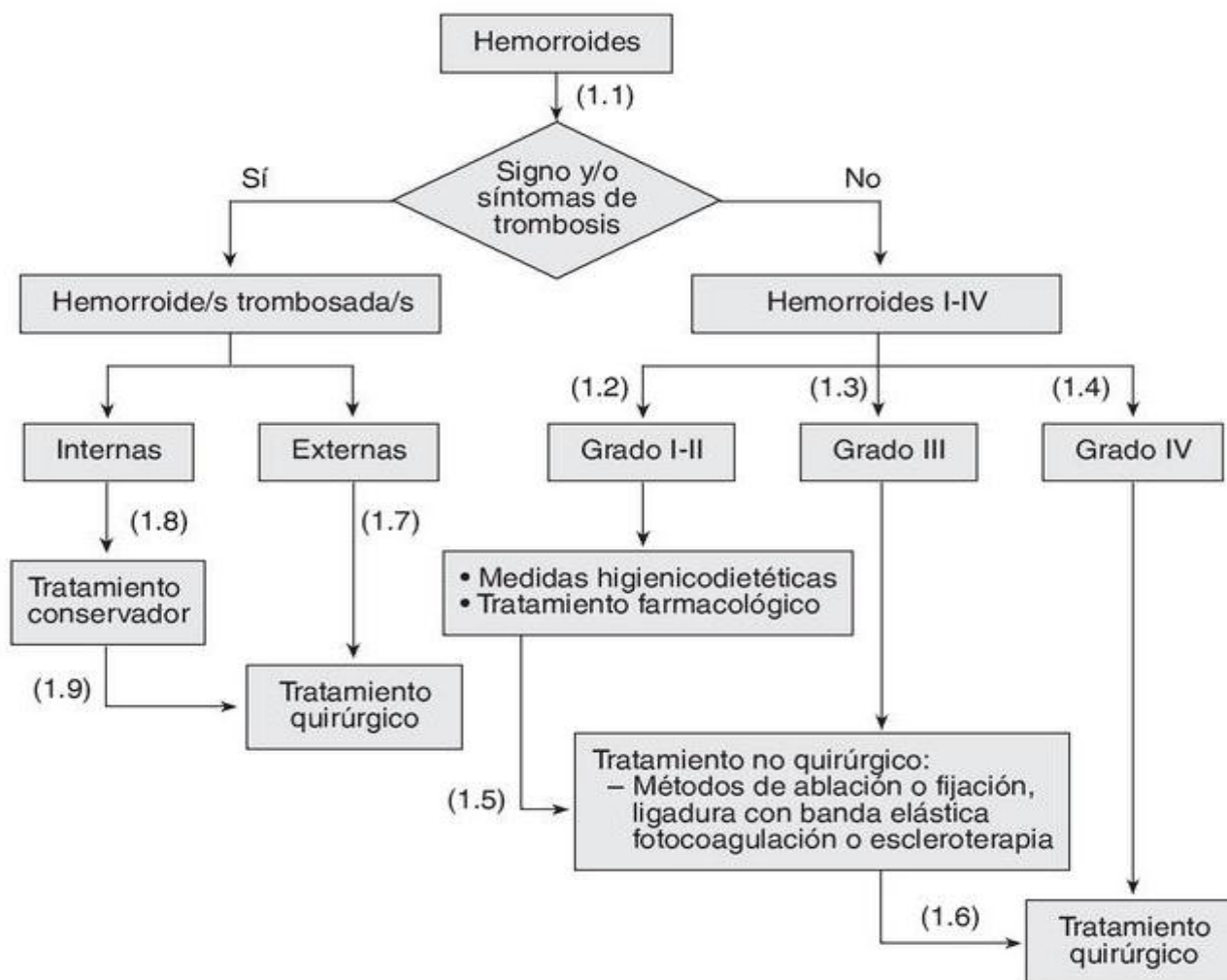
Complicaciones: Valorar durante los controles eventual infección, hemorragia, hematoma, incontinencia y en el caso de uso de toxina botulínica se debe recordar el riesgo de anafilaxis.

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

- Gasa en región perianal de forma permanente con cambio periódico
- Baños de asiento 5-6 al día.
- Analgésicas: Acetaminofen 1 gramo. vía oral cada 8 horas, Dipirona 1 gramo vía oral cada 8 horas de manera intercalada, diclofenaco sódico 75 mg IM en las noche por los tres primeros días.
- Dieta con abundante fibra y agua.
- Los mismos signos de alarma.
- Control consulta externa.

GUIA DE MANEJO	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CODIGO	CI-COLO-GM-07	VERSION	01
		Página:	5 de 7		

6. ALGORITMO

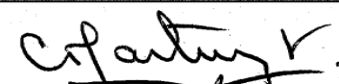
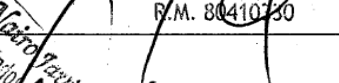
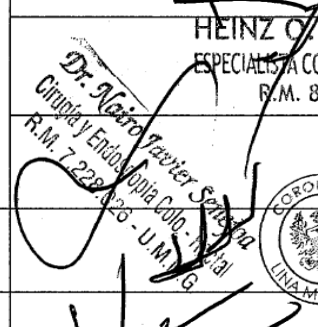
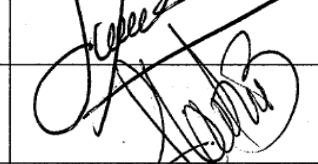
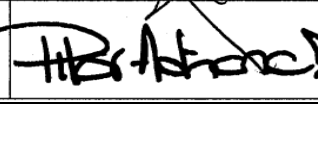


GUIA DE MANEJO	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CODIGO	CI-COLO-GM-07	VERSION	01
		Página:	6 de 7		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	No Aplica			

8. ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA 1. Corman ML, Gracie JF, Hager T, et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party indications, contra-indications and technique. Colorectal Dis 2003;5(4):304–10 2. New techniques in the treatment of common perianal diseases stapled hemorrhoidopexy, botulinum toxin and fibrant sealant Mark singer, jose Cintron Surgical Clinics of north America 3. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010) David E. Rivadeneira. Colon Rectum 2011; 54: 1059 –1064 Standards Practice Task Force of The American Society of Colon and Rectal Surgeons	

GUIA DE MANEJO	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	CODIGO	CI-COLO-GM-07	VERSION	01
		Página:	7 de 7		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ELABORÓ	Dr. Carlos Martínez	Coloproctologo	Octubre de 2015		
	Dr. Heinz Ibáñez				
	Dr. Nairo Senejoa				
REVISÓ	CR. Lina María Mateus Barbosa	Líder Área Coloproctología	Octubre de 2015		
APROBÓ	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015		
PLANEACION –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015		