

**GOBIERNO  
FEDERAL**



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, diagnóstico  
y tratamiento oportuno de la  
**ENFERMEDAD HEMORROIDAL**  
en el primer nivel de atención

**Evidencias y recomendaciones**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-003-08**

**CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL**



**Vivir Mejor**

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

[www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

**ISBN en trámite**

## CIE 10: I84.0-I84.9 Hemorroides

### Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención

<b>Coordinador:</b> Dr. Wilfrido Jesús López Hernández	Medicina de Urgencias	<b>Servicios de Salud del Estado de Puebla</b>	Coordinador Estatal de Segundo y Tercer Nivel de Atención
<b>Autores:</b> Dr. Juan Manuel Tetitla Munive	Doctorado en Ingeniería Biomédica	<b>Servicios de Salud del Estado de Puebla</b>	Coordinador Estatal de Investigación
Dr. Francisco Javier Ochoa Aguilar	Cirugía Colorectal	<b>Servicios de Salud del Estado de Puebla</b>	Subdirector del Hospital General de Huejotzingo
<b>Asesor:</b> Dr. Esteban Hernández Sanromán	Cirugía General	<b>Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Dir. de Evaluación de Tecnologías en Salud
<b>Validación Interna:</b> Dr. Erich Basurto Kuba	Cirugía General	<b>Hospital General de México</b>	Jefe de Unidad del Servicio de Cirugía General
Dr. Abel Jalife Montaña	Cirugía Colorectal	<b>Hospital General de México</b>	Médico adscrito al Servicio de Cirugía General
<b>Validación Externa:</b> Dr. José Manuel Correa Roveló	Cirugía Colorectal	Academia Mexicana de Cirugía	Académico
Dr. Luis Charúa Guindic	Cirugía Colorectal	Academia Mexicana de Cirugía	Académico

## ÍNDICE

1. Clasificación .....	5
2. Preguntas a responder por esta guía .....	6
3. Aspectos generales .....	7
3.1 Justificación .....	7
3.2 Objetivo de esta guía.....	7
3.3 Definición .....	8
4. Evidencias y recomendaciones .....	9
4.1 Prevención primaria.....	10
4.1.1 Promoción a la salud.....	10
4.1.1.1 Estilo de vida.....	10
4.2 Prevención secundaria.....	11
4.2.1 Detección .....	11
4.2.1.1 Factores de riesgo .....	11
4.2.1.2 Historia clínica y exploración física.....	11
4.2.1.3 Cuadro clínico, clasificación y diagnóstico .....	12
4.2.1.4 Estudios de laboratorio y gabinete .....	13
4.2.2 Limitación del daño .....	13
4.2.2.1 Tratamiento oportuno y adecuado .....	13
4.2.2.2 Tratamiento no farmacológico; medidas generales .....	14
4.3 Criterios de referencia a segundo nivel .....	15
5. Bibliografía .....	16
6. Agradecimientos.....	16
7. Comité académico .....	17
8. Directorio .....	18
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	19

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-003-08			
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Enfermería Medicina familiar Gastroenterología	Medicina general Medicina preventiva Cirugía general	Coloproctología
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	I84.0-I84.9 Hemorroides, de acuerdo a la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión, CIE 10		
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Primer nivel de atención	Prevención primaria y secundaria Diagnóstico Tratamiento	Referencia a 2° nivel Educación para la salud
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Enfermeras generales Estudiantes Médicos Generales Organizaciones orientadas a enfermos	Proveedores de Servicios de Salud Trabajadores sociales Enfermeras especializadas Médicos familiares	Técnicos en enfermería Personal de salud en servicio social Personal de salud en formación Planificadores de servicios de salud
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de Salud del Estado de Puebla	Gobierno del Estado de Puebla	
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres y hombres mayores de 16 años		
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de Salud del Estado de Puebla	Gobierno del Estado de Puebla	
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Identificación de factores de riesgo Clasificación de las hemorroides Educación para el paciente Seguimiento y control ( examen clínico)	Exploración física Tratamiento local en caso necesario Establecer criterios de referencia al segundo nivel de atención	
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna Reducción en la tasa de complicaciones		
<b>METODOLOGÍA<sup>1</sup></b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 46 Guías seleccionadas: Siete del periodo 2000-2008 Revisiones sistemáticas: Cero Ensayos controlados aleatorizados: Cero Reporte de casos: Cero Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b>	Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Hospital General de México Validación Externa : Academia Mexicana de Cirugía		
<b>CONFLICTO DE INTERÉS</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-003-08      FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>Mayo de 2011</b>		

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo y/o causas para padecer enfermedad hemorroidal?
2. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de la enfermedad hemorroidal?
3. ¿Cuáles son los síntomas más comunes en la patología hemorroidal?
4. ¿Cuáles son los signos más comunes en la enfermedad hemorroidal?
5. ¿Cuáles son los criterios de clasificación clínica en la enfermedad hemorroidal?
6. ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en la enfermedad hemorroidal?
7. ¿Cómo se establece el diagnóstico de la enfermedad hemorroidal?
8. ¿Cuál es la utilidad del examen clínico en la enfermedad hemorroidal?
9. ¿Cuáles son las características clínicas para sospechar oportunamente de enfermedad hemorroidal?
10. ¿Cuál es la utilidad de los estudios de laboratorio y gabinete para la detección de la enfermedad hemorroidal?
11. ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención?
12. ¿Cuáles son los signos y síntomas que orientan para la referencia al segundo nivel de atención?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El 5% de la población presenta síntomas relacionados con las hemorroides. La prevalencia de los síntomas alcanza el 50% a partir de los 50 años. Se calcula que aproximadamente del 50 al 75% de la población occidental presenta sintomatología hemorroidal en algún momento de su vida. Es la causa más común de hemorragia de tubo digestivo bajo.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención”**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificación de factores de riesgo para padecer hemorroides
- Referencia oportuna
- Reducción en la tasa de complicaciones

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

La enfermedad hemorroidal se define como la dilatación de los paquetes hemorroidales localizados en la parte terminal del recto, conducto anal y ano. Con la distensión de las anastomosis arteriovenosas por deterioro, existe destrucción de los sistemas de fijación del tejido conjuntivo y el consecuente desplazamiento de los cojinetes.

Las hemorroides son estructuras fisiológicas. Las hemorroides ocasionan síntomas cuando presentan alteraciones estructurales del tejido hemorroidal (dilatación e ingurgitación) y cambios en los tejidos de sostén adyacentes.

Las hemorroides se clasifican desde el punto de vista anatómico en internas y externas, las primeras se originan en el tercio distal del recto justo por arriba de la línea dentada y están revestidas de epitelio cilíndrico. Las externas se encuentran por debajo de la línea dentada hasta la margen del conducto anal y se encuentran cubiertas de piel.

La clasificación de las hemorroides no contempla el componente externo y sólo clasifica a las hemorroides internas. Las hemorroides externas tienen tres síntomas y signos principales: dolor, tumoración y prurito anal.

Las hemorroides internas se clasifican de la siguiente forma:

<b>Grado</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Signos</b>
I	Hemorragia	Vasos hemorroidales eminentes. Sin prolapso y mínima dilatación venosa.
II	Hemorragia	Prolapso con Valsalva y reducción espontánea.
III	Prurito, hemorragia y prolapso	Prolapso con Valsalva y requiere reducción digital.
IV	Hemorragia, prolapso y prurito	Prolapso crónico y reducción digital inefectiva.



## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

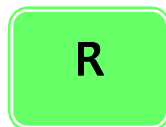
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

## 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

### 4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD


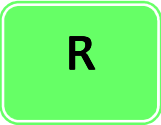
#### 4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	El ejercicio físico, evitar la obesidad y el sedentarismo, contribuyen a prevenir la enfermedad hemorroidal.
	<b>3</b> Estudios no analíticos observaciones clínicas y series de casos. <i>Hervás-Angulo A, 2002</i>
<b>R</b>	Indique medidas para prevenir el estreñimiento y reducir la aparición de la enfermedad hemorroidal.
	<b>A</b> Revisión sistemática de estudios cuyo diseño es de tipo cohortes, con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i>
<b>E</b>	El tratamiento inicial de los síntomas hemorroidales consiste en medidas generales conservadoras higiénico-dietéticas y de estilos de vida, dirigido principalmente a combatir el estreñimiento y disminuir los síntomas locales.
	<b>1 a</b> Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad que indica estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i>
<b>R</b>	La ingesta de líquidos, la higiene local y la actividad física diaria son medidas que pueden proporcionar un efecto beneficioso.
	<b>D</b> Consenso de expertos. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i>



## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.2.1 DETECCIÓN

#### 4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Las causas más frecuentes de rectorragia en la consulta de atención primaria son las hemorroides.	<b>2 a</b> Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad que indica estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i>
 El diagnóstico de enfermedad hemorroidal debe realizarse de manera clínica en base a la historia clínica, considerando los antecedentes, la exploración física y la clasificación según los datos identificados.	<b>B</b> Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad que indica estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i>

#### 4.2.1.2 HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Con frecuencia hay antecedentes familiares que sugieren un fondo o predisposición hereditaria. El embarazo es la causa más común de hemorroides en mujeres jóvenes.	<b>4</b> Consenso de expertos. <i>Hervás-Angulo A, 2002</i>
 Las ocupaciones sedentarias, los esfuerzos durante el trabajo o el deporte, el mantenerse de pie por tiempo prolongado, y ciertos hábitos alimentarios (la mayor parte de los casos de estreñimiento son debidos a dieta pobre en fibra), son otras causas implicadas en la formación de hemorroides.	<b>4</b> Consenso de expertos. <i>Hervás-Angulo A, 2002</i>

#### 4.2.1.3 CUADRO CLÍNICO, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

El cuadro clínico de las hemorroides es:

- Hemorragia por vía anal indoloro tipo goteo, o salpicadura en la taza, o bien estría sanguinolenta en las heces tras la defecación o manchado del papel de aseo. Con el paso del tiempo las hemorroides tienden a prolapsarse teniendo sangrado espontáneo sin relación con la evacuación.
- *Anemia secundaria*. Si el sangrado es lo suficientemente prolongado puede producir anemia crónica y su sintomatología acompañante.
- *Prolapso*. Es una manifestación tardía, puede dar lugar a secreción mucosa que provoca irritación anal definida como prurito.
- *Dolor* se produce en el caso de las hemorroides trombosadas, suele ser intenso.

E

3

Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).  
*Hervás-Angulo A, 2002*

R

El diagnóstico de enfermedad hemorroidal debe realizarse de manera clínica en base a la historia clínica, considerando los antecedentes personales, la exploración proctológica y la clasificación según los datos identificados.

B

Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad que indica estudios con resultados comparables y en la misma dirección.  
*Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007*

R

Se recomienda valorar la existencia de palidez cutánea mucosa en la evaluación del paciente con rectorragia.

B

Revisión sistemática de estudios de nivel 2 o superiores con homogeneidad.  
*Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007*

#### 4.2.1.4 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p>	<p>Si existen dudas acerca de que la rectorragia persistente provenga de las hemorroides, derivar al especialista.</p> <p>Estudio de cohorte prospectivo con un seguimiento mayor al 80%. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p> <p style="text-align: right;"><b>1b</b></p>
<p><b>R</b></p>	<p>La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia no se recomiendan actualmente como pruebas de primera elección en los pacientes con rectorragia.</p> <p>Revisión sistemática de estudios de nivel 2 o superiores con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p> <p style="text-align: right;"><b>B</b></p>

#### 4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO

##### 4.2.2.1 TRATAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p>	<p>Los suplementos de fibra son eficaces para el tratamiento de los síntomas de las hemorroides.</p> <p>Estudio de cohorte prospectivo con un seguimiento mayor al 80%. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p> <p style="text-align: right;"><b>1b</b></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los suplementos de fibra son eficaces para el tratamiento de los síntomas en las complicaciones de las hemorroides. Los suplementos de fibra disminuyeron el riesgo relativo de persistencia de los síntomas.</p> <p>Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados con homogeneidad que incluye estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p> <p style="text-align: right;"><b>1 a</b></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Entre los flebotónicos, los flavonoides han sido evaluados para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. La persistencia de los síntomas se reduce en más de un 50% en términos relativos en el grupo de tratamiento, disminuye el sangrado, el dolor, el ardor y las recurrencias. No es aconsejable recomendar su uso en mujeres embarazadas</p> <p>Estudio de cohortes retrospectivo o de baja calidad (&lt; 80% de seguimiento). <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p> <p style="text-align: right;"><b>2 b</b></p>

**E**

Tratamiento sintomático tópico de las hemorroides: anestésicos y corticoides de forma aislada o combinada.

Son tratamientos sintomáticos y no terapéuticos. Solo se recomiendan tratamientos durante periodos de tiempo corto (5-7 días) puesto que pueden ser perjudiciales (atrofia epitelial que aumenta el riesgo de sangrado, alergias, etc.)

Los tratamientos que presentan corticoides no deben prescribirse en caso de sospecha de infección local.

Los tratamientos únicos de corticoides, son preferibles a las combinaciones entre diferentes compuestos.

**4**

Serie de casos y estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.

*Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007*

**R**

Pueden añadirse a la dieta laxantes que incrementan el bolo intestinal (*Plantago ovata*).

**C**

Existen pruebas limitadas, al menos un estudio aceptado.

*Hervás-Angulo A, 2002*

#### 4.2.2.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO; MEDIDAS GENERALES

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E**

Una dieta rica en fibra es superior al placebo en los pacientes con hemorroides, disminuyendo el dolor, el prolapso y el sangrado; también se muestra un beneficio superior de la fibra asociada a otros tratamientos.

**1b**

Ensayo clínico aleatorizado individual con Índice de confianza estrechos.

*Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007*

**E**

El tratamiento inicial de los síntomas hemorroidales consiste en medidas generales conservadoras (higiénico-dietéticas y de estilo de vida) dirigidas principalmente a combatir el estreñimiento y disminuir los síntomas locales.

**1a**

Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad que indica estudios con resultados comparables y en la misma dirección.

*Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007*

<b>R</b>	<p>Se sugiere la ingesta moderada de líquidos y los baños de asiento con agua templada, como medida de higiene local, en el tratamiento de los episodios agudos de hemorroides.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C</b></p> <p>Estudio de casos y controles de baja calidad o sin estándar independiente. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p>
<b>R</b>	<p>Las recomendaciones generales son el aumento de ingesta de fibra (frutas, verduras, pan integral, ingesta abundante de líquidos) en monoterapia y asociada a otros tratamientos, ayuda a disminuir el dolor, el prolapso y el sangrado.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b></p> <p>Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizado con homogeneidad que incluye estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p>
<b>R</b>	<p>El tratamiento con fibra dirigido a aumentar y reblandecer el bolo fecal disminuye el dolor, el prolapso y el sangrado de las hemorroides, por lo que se recomienda la dieta con suplementos de fibra.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b></p> <p>Revisión sistemática de estudios cuyo diseño es de tipo cohortes, con homogeneidad. <i>Hervás-Angulo A, 2002</i></p>
<b>R</b>	<p>El tratamiento higiénico dietético es el tratamiento inicial de los pacientes con hemorroides sintomáticas.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C</b></p> <p>Existen pruebas limitadas al menos algún estudio aceptable. <i>Hervás-Angulo A, 2002</i></p>

### 4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>R</b>	<p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p>En casos de rectorragia importante o persistente envíe el paciente al especialista.</p> <p>Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p>
<b>R</b>	<p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p>En caso de rectorragia sin evidencia clínica de hemorroides y/o fisura anal u otra lesión aparente, derive el paciente al especialista.</p> <p>Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias, 2007</i></p>

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. American Gastroenterological Association medical position statement: *Diagnosis and treatment of hemorrhoids*. *Gastroenterology* 2004; 126(5):1461-2.
2. American Gastroenterological Association medical position statement: *Perianal Crohn's disease*. *Gastroenterology* 2003; 125(5):1503-7.
3. American Gastroenterological Association Medical Position. Statement: *Diagnosis and treatment of Hemorrhoids*/.*Gastroenterology* 2004; 126:1461–1462.
4. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, Cohen J, Fleshner P, Kilkenny J 3rd, Ko C, Levien D, Nelson R, Newstead G, Orsay C, Perry WB, Rakinic J, Shellito P, Strong S, Ternent C, Tjandra J, Whiteford M. *Practice parameters for the management of hemorrhoids* (revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48(2):189-94.
5. Hervás-Angulo A, Forcén-Alonso T. *Guías Clínicas-Hemorroides*. *Guías Clínicas España* 2002; 9 (5). <http://www.fisterra.com/guias2/hemorroides.asp#hablamos>
6. Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias. *Enfermedades más frecuentes asociadas a rectorragia en AP*. Hemorroides. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano; 2002 [Fecha de consulta 17 de noviembre de 2007].
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids*. September 2007.
8. NICE technology appraisal guidance 128 *Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids*. Ordering information September 2007.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids*. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 Sep. 25 p

## 6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios de Salud del Estado de Puebla las facilidades y gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.



## 7. COMITÉ ACADÉMICO

### Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán	Revisión editorial
Ing. Nayeth Palma Espinoza	Revisión editorial
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

## 8. DIRECTORIO

### **DIRECTORIO SECTORIAL**

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**Director General**

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General**

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
**Titular del organismo SNDIF**

#### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General**

#### **Secretaría de la Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

#### **Secretario de la Defensa Nacional**

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

### **DIRECTORIO INSTITUCIONAL**

#### **Servicios de Salud en el Estado de Puebla**

Dr. R. Antonio Marín López

#### **Secretario y Director General de los**

#### **Servicios De Salud del Estado de Puebla**

Dr. Rodolfo Carrillo Luna

**Director General de los SSEP**

Dr. Jorge George Sánchez

**Director de Atención a la Salud**

Dr. Román de Ita Hernández

**Subdirector de Servicios Médicos**

Dr. Roberto G. Calva Rodríguez

**Subdirector de Investigación y Enseñanza en Postgrado**

## 9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M en A María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez <b>Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua</b>	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez <b>Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango</b>	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante <b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán</b>	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Dra. Mercedes Juan <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC</b>	Secretario Técnico