

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Salvador B. Gautier
Residencia de Cirugía General

FRECUENCIA Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL EN PACIENTES QUE
ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO
GAUTIER, SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA, EN EL PERÍODO
NOVIEMBRE 2018 – MAYO DE 2019



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
Cirugía General

Sustentante:

Dra. Ruth Marcel Arias Morillo

Asesores:

Dr. Rolando Ramírez (Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en el presente
anteproyecto de tesis de posgrado son de la
exclusiva responsabilidad del sustentante del
mismo.

Distrito Nacional
Julio de 2019

FRECUENCIA Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL EN PACIENTES QUE
ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO
GAUTIER, SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA, EN EL PERÍODO
NOVIEMBRE 2018 – MAYO DE 2019

CONTENIDO

I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	1
I.2. Justificación.....	1
II. Planteamiento del problema.....	2
III. Objetivos.....	3
III.1. General.....	3
III.2. Específicos.....	3
IV. Marco teórico.....	5
IV.1. Hemorroides.	5
IV.2. Definición.....	5
IV.3. Epidemiología.....	6
IV.4. Factores de predisposición.....	7
IV.5. Etiología.....	7
IV.6. Teoría de Thompson.....	8
IV.7. Síntomas.....	9
IV.8. Diagnóstico.....	10
IV.10. Tratamiento de la enfermedad Hemorroidal.....	14
IV.10.1. Tratamiento Médico.....	14
V. Hipótesis.....	20
VI. Operacionalización de las variables.....	21
VII. Material y métodos.....	24
VII.1. Tipo de Estudio.....	24
VII.2. Demarcación geográfica.....	24
VII.3. Universo.....	25
VII.4. Muestra.....	25
VII.5. Criterios de Inclusión.....	25
VII.6. Criterios de Exclusión.....	25
VII.7. Instrumento.....	25
VII.8. Métodos de recolección de información.....	26
VII.9. Métodos, técnicas y procedimientos.....	26

VII.10. Tabulación y análisis de la información.....	26
VII.11. Principios éticos.....	26
VIII. Resultados.	27
IX. Discusión.	44
X. Conclusiones.	45
XI. Recomendaciones.....	46
X. Referencias.....	47
XI. Anexos.....	50
XI.1. Cronograma.....	50
XI.2. Instrumento de recolección de los datos.....	51
XI.3. Costos y recursos.....	54
XI.4. Información.....	55
XI.5. Evaluación.	56

RESUMEN

Se trató de una investigación de tipo prospectiva porque su desarrollo se da en el periodo Noviembre 2018 a Mayo 2019. El 79.2 por ciento de los pacientes se les trato con tratamiento conservador, el 28.3 por ciento de los pacientes tenían de 30-39 años, el 58.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino, el 47.2 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidad, el 17.0 por ciento de los pacientes presentaron cáncer como antecedentes quirúrgicos, l 100.0 por ciento de los pacientes no consumían picantes, el 90.6 por ciento de los pacientes tomaban baja ingesta de fibras, el 71.7 por ciento de los pacientes consumían más de 8 vasos de agua al día, el 11.3 por ciento de los pacientes tenían nivel medio de actividad física, el 28.3 por ciento de los pacientes presentaron sangrado como motivo de consulta, el 56.6 por ciento de los pacientes tenían menos de 1 año de tiempo de inicio de los síntomas, el 9.4 por ciento de los pacientes se les coloco crema como tratamientos previos utilizados, el 49.0 por ciento de los pacientes tenían clasificación 2 de hemorroides.

Palabras clave: frecuencia, manejo, enfermedad hemorroidal.

ABSTRACT

It was a prospective type of research because its development occurs in the period November 2018 to May 2019. 79.2 percent of patients were treated with conservative treatment, 28.3 percent of patients were 30-39 years old, 58.5 percent of the patients corresponded to the female sex, 47.2 percent of the patients presented arterial hypertension as comorbidity, 17.0 percent of the patients presented cancer as surgical antecedents, 100.0 percent of the patients did not consume spicy, the 90.6 percent of patients had low fiber intake, 71.7 percent of patients consumed more than 8 glasses of water per day, 11.3 percent of patients had average level of physical activity, 28.3 percent of patients they presented bleeding as a reason for consultation, 56.6 percent of patients had less than 1 year of time of onset of symptoms, 9.4 percent of patients Patients were placed cream as previous treatments used, 49.0 percent of patients had 2 classification of hemorrhoids.

Key words: frequency, management, hemorrhoidal disease.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Antecedentes

La enfermedad hemorroidal constituye la patología proctológica más frecuente y una de las principales razones de consulta médica. El 5 % de la población mundial presenta síntomas relacionados con ellas y la prevalencia alcanza el 50 % a partir de los 50 años de edad, como pretendemos demostrar en el estudio.

I.2. Justificación

La incidencia exacta de la enfermedad hemorroidal es difícil de cuantificar debido al estigma social de los pacientes de acudir a la consulta por los síntomas relacionados. Pero estudios y bibliografías reportan una prevalencia de 5 % en adultos en los estados Unidos. Es `por esto que consideramos importante conocer cuáles factores inciden en el desarrollo de esta patología y concienciar a la población de la importancia de acudir de manera temprana a la consulta.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las hemorroides son una de las condiciones más comunes que afectan a los seres humanos. La enfermedad hemorroidal es una enfermedad prevenible cuyos síntomas son muy molestos y disminuyen la calidad de vida del paciente así como su productividad. Por lo que nos hacemos los siguientes cuestionamientos:

La medicina preventiva juega un papel importante al abordar esta patología. Las medidas no quirúrgicas pueden ser ofrecidas a pacientes con síntomas leves. Cuando las modificaciones dietéticas y los tratamientos no quirúrgicos no mejoran los síntomas, el tratamiento quirúrgico debe ser considerado

1. ¿Qué podemos hacer para evitar el desarrollo de la enfermedad hemorroidal?
2. ¿Qué condiciones hacen que se considere el tratamiento quirúrgico?

III. OBJETIVOS

III.1. General:

1. Determinar los motivos de consulta principales de pacientes con patología hemorroidal
2. Concienciar sobre los factores que predisponen al desarrollo de enfermedad hemorroidal.
3. Determinar el momento en el que se recomienda tratamiento quirúrgico.
4. Delimitar las medidas que permitirán mejorar la calidad de vida de los pacientes con hemorroides

III.2. Específicos:

1. Analizar los grupos etarios y género donde se presenta con mayor frecuencia la enfermedad hemorroidal
2. Comparar la cantidad de pacientes con estudios de colonoscopias previo al estudio
3. Definir los factores de predisponentes más importantes para el desarrollo de la patología hemorroidal
4. Establecer la asociación entre hábitos tóxicos y enfermedad hemorroidal.
5. Examinar el número de pacientes con enfermedad hemorroidal que acuden a la consulta por mes en nuestro Hospital.
6. Medir el número de pacientes con antecedentes quirúrgicos de hemorroidectomía que presentan patología hemorroidal
7. Precisar las condiciones mórbidas que condicionan el desarrollo de enfermedad hemorroidal
8. Determinar tiempo de aparición de los síntomas a la llegada del paciente a la consulta
9. Identificar los tratamientos utilizados por los pacientes previo a la consulta
10. Identificar los factores que condicionan tratamiento quirúrgico de los pacientes con patología hemorroidal
11. Identificar la relación de la alimentación y la incidencia de hemorroides

12. Establecer criterios quirúrgicos prevalentes en los paciente de consulta
Identificar el síntoma mas común de los pacientes que acuden a la consulta
13. Establecer la relación del estilo de vida con la enfermedad hemorroidal

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Hemorroides.

Las hemorroides representan la patología más frecuente en Coloproctología. Su origen etimológico deriva del latín Hemo o del griego Alba, que en ambas lenguas significa Sangre. En sus tratados, Hipócrates se refirió a las hemorroides, tratando con un hierro candente las que se encontraban prolapsadas. En Egipto existían los llamados «Guardianes del ano del Faraón» quienes trataban lo concerniente a las parte de ano y recto del faraón.

El conocimiento de la enfermedad hemorroidal, su etiología, fisiopatología y su tratamiento ha ido evolucionado con el paso del tiempo surgiendo tratamientos menos agresivos para esta patología. En vista de las tantas corrientes dinámicas de desarrollo de opciones de tratamiento y teorías de su desarrollo el consejo ibero latinoamericano creó una guía para organizar las diferentes alternativas para el manejo de esta enfermedad. En este estudio se tomará como ente principal este protocolo como guía de primera línea

IV.2. Definición

Para definir la patología es importante conocer adecuadamente su etiopatogenia. Tradicionalmente la enfermedad hemorroidal se define como: dilataciones venosas ubicadas en el canal anal. Según el consenso de hemorroides publicado en el 2010 por la sociedad latinoamericana de proctologica, las hemorroides son estructuras anatómicas normales (cojinetes vasculares), que están presentes desde la etapa embrionaria, y están ubicados en el cuadrante anterior derecho, posterior derecho y lateral izquierdo del canal anal, que no corresponden a ramas terminales de la arteria hemorroidal superior, estos plexos dependen primordialmente de la circulación sistémica. e las hemorroides tienen una función real que es la discriminación de las distintas sensaciones que se suceden en el recto bajo y el ano, por ejemplo saber si el contenido que se encuentra dentro del ano recto es sólido, líquido o gaseoso. La resección arbitraria de los cojinetes hemorroidales, llevan a la pérdida de esta importante función.

IV.3. Epidemiología

La incidencia de la enfermedad hemorroidal no es del todo cuantificable debido a la alta tasa de pacientes no diagnosticados debido a la incidencia sociocultural de la patología. Según Ethem Geçim, jefe turco de la unidad de proctología: las hemorroides tienen una alta tasa de prevalencia con 10 millones de pacientes anuales que sufren los síntomas en EE. UU., y con >50 % de la población de más de 50 años que afirma haber padecido EH alguna vez.

Los pacientes consideran de forma equivocada que muchas enfermedades benignas o malignas de la zona anal están relacionadas con la EH. Por ejemplo, >50 % de los pacientes que presentan cáncer de recto distal afirman haber sufrido una EH que empeoró un poco en las semanas previas. Además, puede que muchos pacientes se diagnostiquen y se traten ellos mismos enfermedades tales como fisuras anales, prurito o condilomas acuminados como si fueran una EH.

Estadísticas de Estados Unidos afirman que cincuenta por ciento de las personas mayores de 40 años padecen algún grado de enfermedad hemorroidal. Sin embargo a medida que ascienden en el grupo etario este porcentaje se mantiene en el mismo rango.

El género no influye, ya que es muy similar la incidencia en varones y hembras. Se ve más frecuentemente relacionada a las sociedades occidentales, muy posiblemente asociado al bajo consumo de fibras.

Según el Dr. Francisco Abarca Aguilar, en los Estados Unidos de Norteamérica más de 10 millones de personas padecen de problemas hemorroidales, con una prevalencia aproximada al 4.4%, de ellos asiste a consulta más de 1/3 de los afectados, con más de 1.5 millones de prescripciones médicas y una tasa de intervenciones de más o menos 12.9 por millón de habitantes.

Lamentablemente dentro de nuestra Iberoamérica no tenemos cifras reales que puedan cotejar con las antes descritas, pero podríamos inferir por el tipo de alimentación de nuestras poblaciones cifras muy similares a las de los Estados Unidos, aunque en algunos estratos sociales éstas podrían ser diferentes.

Existen datos históricos, tomando como referencia los registros del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido el 44 % de los habitantes había acudido al

médico general alguna vez en la vida por culpa de síntomas hemorroidales; la prevalencia de intervenciones quirúrgicas por EH era ~ 4,5 %. Datos epidemiológicos más recientes del St Mark's Hospital y el Academic Institute de Londres (Reino Unido), considerados la meca de la cirugía colorrectal en Europa, muestran una prevalencia de la EH del 13–16 % entre la población general.² La prevalencia real es probablemente un poco inferior, ya que la desinformación de los pacientes o de médicos generalistas con menos experiencia puede provocar que se inflen los porcentajes de forma errónea. Datos de los EE. UU. indican que la HE afecta a unas 40–50 personas de cada 100.000 (1,2 millones/300 millones).^{3,4} En EE. UU. se realizan al año >32,000 operaciones, y Medicare y las compañías de seguros pagan los costes de 1,5 millones de recetas relacionadas con la EH. Además, cada año, millones de personas recurren a fórmulas de venta sin receta, hierbas medicinales o medicinas alternativas.

IV.4. Factores de predisposición

Se han propuesto varios factores de riesgo potenciales para la EH entre los que se incluyen: estacionalidad, ocupación, enfermedades psiquiátricas, tradiciones culturales, ropa ajustada, hábitos alimentarios, postura erguida, herencia genética, síndrome del intestino irritable y anomalías en el tono del esfínter.

Entre los factores de riesgo probados científicamente se encuentran: cambios hormonales durante el embarazo y la lactancia, envejecimiento, una dieta falta de fibra o diarrea crónica, coito anal, estreñimiento y esfuerzos prolongados durante la defecación.

Las personas con edades comprendidas entre los 45–65 años son las que manifiestan síntomas con más frecuencia. Parece que el género no afecta a la prevalencia de la EH, aunque se sabe que el embarazo aumenta los síntomas *

IV.5. Etiología

No se ha definido una etiología exacta pero existen múltiples teorías. Velpeau en 1826, Malgaigne (1837), Bourgery (1848) y Crouveihier (1852) consideraban que las hemorroides eran una «Metaplasia mística de tipo angiomatoso, con los caracteres

de un tejido extraordinariamente engrosado» que en 1928 Stieve demostraba que formaba parte del mecanismo de la continencia. Es Thomson quien señala que estos cojinetes están fijados a la pared muscular Y QUE la pérdida del Tejido conectivo es la principal causa del prolapso de ellos y es éste el que conduce a la aparición de los síntomas de la enfermedad.

IV.6. Teoría de Thompson

La presencia de cojines anales sumamente vascularizados, consistentes en masas específicas de submucosa compacta, que contienen vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo». Las hemorroides son producto del deslizamiento del recubrimiento de esta porción del canal anal». Cabe destacar que teorías hablan de que las mismas provocan Además Alteraciones anatómicas y, funcionales que causan dificultad o incapacidad para evacuar heces.

Existe un estudio que investigó las ondas eléctricas asociadas con el muestreo en pacientes ambulatorios: la respuesta que se produce cuando las heces se desplazan hacia la parte inferior y una persona contrae su esfínter para empujar las heces hacia adentro. El muestreo produce dos tipos de ondas: la onda ultra lenta y la onda ultra lenta gigante. Estos dos tipos de ondas aumentaban un 30 % en personas con EH con prolapso en comparación con individuos de un grupo control, y el número de ondas por hora también aumentó de forma significativa ($p < 0,05$) en pacientes con EH con prolapso. Además, los potenciales picos en el esfínter tomados durante el día y durante la noche fueron significativamente más elevados en comparación con los individuos control.

Estos datos muestran una fisiología anorrectal diferente en pacientes con EH, aunque la causalidad aún no se ha determinado. En la mayoría de los casos, estas anomalías mejoran notablemente al realizar una hemorroidectomía. Asimismo, la presión anal en reposo aumentaba en los pacientes con EH aparente sin que se produjese ningún cambio relevante en el grosor del esfínter interno.

Las hemorroides tienden a la hipervascularización. La MMP-9 y la proteinasa asociada MMP-2 promueven la actividad angioproliferativa mediante el factor de crecimiento transformante β (TGF- β).⁸ La expresión de la endogлина (CD105) - (lugar

de fijación de TGF- β), el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y la densidad microvascular aumentan todos en la EH de los Grados III–IV.^{7,9} Aparte de los cambios microvasculares, las ramas terminales de la arteria rectal superior que riega la almohadilla anal presentan diámetros mayores y un mayor flujo sanguíneo, lo que se relaciona con la gravedad de la EH. En un canal anal normal (CA) una túnica media engrosada forma una estructura semejante a un esfínter; pero en la EH este mecanismo esfinteriano desaparece. La pérdida de este mecanismo promueve el flujo sanguíneo aún más junto con el aumento de la vascularización.¹⁰ Estos cambios son resistentes a la cirugía, y es probable que motiven recidivas. La alteración de la regulación del tono vascular, que se relaciona con los cambios en el músculo liso vascular y en el endotelio, siendo probable que contribuya a la fisiopatología como denota la dilatación/distensión venosa y el aumento en la producción de óxido nítrico de efecto vasodilatador en el tejido afectado por EH.

Además de los mecanismos anteriores, se produce inflamación severa de la pared vascular y el tejido conectivo en el interior del tejido hemorroidal, y se ha demostrado que esto está relacionado con complicaciones como isquemia, trombosis y ulceración de la

En resumen, entre los principales rasgos de la fisiopatología de la EH se incluyen cambios estructurales en los tejidos de sustentación en el CA, cambios morfológicos en la vasculatura existente y amplia neovascularización; también cambios inflamatorios en la pared vascular y el tejido conectivo.

IV.7. Síntomas

En circunstancias normales, la EH es indolora, y el paciente sólo se queda de incomodidad. El dolor aparece junto con la trombosis, especialmente en el caso de las hemorroides externas; o bien si una hemorroide interna de cuarto grado se estrangula. Problemas relacionados como un absceso subyacente o una fisura anal pueden también producir dolor

Pueden clasificarse como

1. Directos (sangrado, hemorroides palpables y prolapsadas)

2. Indirectos (ano húmedo con manchado e incomodidad, y trombosis que genera dolor).

El sangrado por hemorroides suele ser de color rojo claro, sin dolor y se distingue por las gotas de sangre que quedan en el retrete tras la defecación. Dependiendo del perfil de riesgo de cáncer colorrectal, puede ser recomendable realizar una colonoscopia, o un procedimiento más económico como la sigmoidoscopia. Además del sangrado, otros factores de riesgo son la edad, el historial familiar y la presencia de cuadros anteriores relacionados con cáncer intestinal como enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de mama o patologías ováricas.

IV.8. Diagnóstico

La Sociedad Americana de Cirujanos Colorrectales (ASCRS) ha elaborado una serie de recomendaciones para el diagnóstico de la EH. Entre ellas destacan: - *el diagnóstico de la EH casi siempre tiene carácter clínico.*

Debe confeccionarse un historial e incluir datos relativos a la amplitud, gravedad y duración de los síntomas, así como información sobre sangrado, prolapso, dolor y cuestiones de higiene.

Cuestiones relativas al estilo de vida como la ingesta de fluidos y fibra deben también ser considerados, así como el análisis de los hábitos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia y facilidad en la evacuación. Asimismo, el uso de fármacos que agraven la EH como la metformina, o de fármacos que aumenten el riesgo de sangrado como la aspirina, son factores a tomar en cuenta.

Se debe recabar de manera muy clara los datos del paciente en cuanto al tiempo de evolución, los síntomas de inicio, la recurrencia de los mismos, los cambios del hábito defecatorio, sus antecedentes personales y familiares patológicos, especialmente problemas abdominales y rectales (poliposis familiar, antecedentes de cáncer rectal) etc. Todos éstos son indicadores valiosos para el diagnóstico.

Alteraciones del hábito defecatorio: es importante conocer la frecuencia defecatoria del paciente y la consistencia de sus heces; si tiene diarreas sin causa aparente o periodos en los cuales alternan estreñimiento y diarrea y si nota la

presencia de moco, sangre o disminución del calibre de sus heces fecales. También debemos averiguar si el paciente toma rutinariamente laxantes y qué tipo de ello utiliza.

Prolapso de masas: el paciente refiere la protrusión de masas a través del ano, que pueden ser únicas o múltiples, especifica su tamaño y si se reducen espontáneamente o debe utilizar maniobras de Valsalva o sus dedos para introducirlas.

- Evacuación incompleta: No existe una satisfacción fisiológicamente luego de la defecación y mantiene una sensación de evacuación incompleta.
- Prurito anal: Puede ser permanente o presentarse por periodos y puede ser más intenso en la noche sobre todo si se asocia a parasitosis.
- Tumefacción: Una tumefacción se evidencia con facilidad y puede ser dolorosa o no, impidiendo al paciente realizar su actividad normal o sentarse
- Continencia: Es importante conocer si el paciente es capaz de controlar los gases, las heces sólidas o líquidas y si presenta algún tipo de escurrimiento
- Síntomas abdominales: El dolor abdominal, presencia de flatulencia, vómitos, anorexia, baja de peso y cualquier sintomatología abdominal nos orientará a buscar otras patologías más cruciales

Examen físico debería incluir de rutina examen visual, digital y endoscópico.

El médico debe buscar evidencias de trombosis; patología anorrectal concomitante, sobre todo fisuras, fístulas y abscesos; y, como elemento fundamental, evidencias de enfermedad de Crohn. La existencia de una historia de cuadros relacionados con EH, como enfermedad inflamatoria intestinal u otros problemas rectales debe también ser investigada.

Debe inspeccionarse la zona perianal en busca de papilomas anales, hemorroides externas, dermatitis perianal debida a secreciones anales o manchado por heces, fístulas en el ano o fisuras anales. El esfuerzo puede facilitar el examen físico en casos de hemorroides internas.

- Examen digital para evaluar masas anorrectales anómalas, estenosis anales y cicatrices, y el tono del esfínter anal. En hombres mayores, los síntomas

prostáticos subyacentes al esfuerzo durante la micción deben evaluarse formando parte del diagnóstico diferencial.

Anoscopia: deben tenerse en cuenta tamaño de las hemorroides, ubicación, gravedad de la inflamación y sangrado. Esta evaluación debe ayudar a decidir si está indicada la cirugía y cuál sería la forma más adecuada.

- La retroflexión intrarrectal del colonoscopio o anoscopio transparente con endoscopio flexible permite una visualización excelente

Clasificación del Consenso de Hemorroides Latinoamericano

Topográfica:

Externas:

Están situadas por debajo de la línea pectínea, en el canal anal y la región perianal, y están cubiertas por el epitelio de transición o por la piel perianal. Están cubiertas por la mucosa.

Internas:

Están situadas en la porción inferior del recto, inmediatamente por encima de la línea pectínea.

Mixtas:

Cuando coexisten ambos tipos.

La EH se gradúa de menor a mayor intensidad con una escala de I a IV (Ver anexo).

- El Grado I se define por la presencia de vasos hemorroidales prominentes sin prolapso. La patología es interna, puede visualizarse por anoscopia, y es probable que el paciente se queje de sangrado, algún escape e incomodidad.
- El Grado II se caracteriza por prolapso al realizar la maniobra de Valsalva, esfuerzo y defecación. No obstante, los ligamentos conservan suficiente integridad como para reubicar las hemorroides.

- El Grado III se diferencia del Grado II porque, a pesar de que los ligamentos se conservan intactos hasta cierto punto, el prolapso necesita reducción manual.
- Grado IV se plantea cuando no quedan ligamentos intactos; las hemorroides quedan en prolapso crónico y no pueden ser reducidas manualmente.

Existe una clasificación menos conocida basada en resultados anatómicos y orientada a la descripción de la dificultad que plantea la cirugía correctora.

Las hemorroides primarias están prolapsadas y suelen aparecer en tres puntos habituales en las almohadillas anales. Las hemorroides secundarias se clasifican por la aparición de hemorroides adicionales entre las tres principales; ello aumenta la dificultad de la cirugía por el mayor riesgo de constricción. Es también más difícil conseguir que el paciente quede satisfecho ya que, para evitar la constricción es probable que sea preciso dejar in situ algún prolapso menor.

IV.9. Diagnóstico diferencial.

Debe hacerse con abscesos anoperineales, condilomas acuminados, entre otros, que son de fácil diferenciación. Sin embargo, las patologías que más se confunden son:

- Cáncer de recto. Esta patología no puede pasar por alto al hacer. El síntoma que más confunde es el sangrado sin dolor que se atribuye a las hemorroides internas.
- Papilas anales hipertróficas: Son formaciones duras, móviles que pueden prolapsarse por el orificio.
- Pólipos rectales pediculados. Cuando un pólipo rectal tiene un pedículo largo puede ubicarse en la parte superior del canal anal, pero se le diferencia claramente por su superficie afrutillada y sangrante.
- Prolapso rectal. Su característica mucosa brillante distribuida en círculos, la presencia de luz central, el espesor de la pared rectal y la presencia de un surco que lo separa de la piel anal lo diferencian claramente de las hemorroides.

IV.10. Tratamiento de la enfermedad Hemorroidal

Con respecto al papel del manejo conservador como tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Helmes C. et al de Düsseldorf Germany. Analizaron el papel de una dieta alta en fibra, incremento en la ingesta de líquidos (2.5 L/día), consejos para evitar un esfuerzo excesivo y el lavado del periné en lugar de usar papel higiénico después de defecar. Observando que después de 6 meses de seguimiento sólo 11 de 232 pacientes (5%) requirieron tratamiento quirúrgico. Concluyendo que los síntomas atribuibles a la enfermedad hemorroidal mejoran en la gran mayoría de los casos al realizar un adecuado manejo conservador, asociado a la educación del paciente y a modestos cambios alimenticios.

Las hemorroides externas no complicadas, son tratadas de la manera más conservadora, el uso de baños de asiento con agua tibia y pomadas esteroideas locales, mejoran francamente la inflamación de éstas. Si se encuentra asociada a una severa hipertonia del esfínter se anexaron pomadas de dinitrato de isosorbide, calcioantagonistas, nitroglicerina, nifedipino, etc. Las cuales disminuirán la contracción patológica del esfínter y por ende mejorarán la sintomatología. A esto tendremos que adjuntar: analgésicos locales y orales, ablandadores de la materia fecal, una dieta adecuada alta en residuos y abundantes líquidos orales.

El tratamiento quirúrgico sólo está indicado cuando se presentan trombosis a repetición, prurito anal incontrolable debido a la dificultad del aseo por la presencia de plicomas y por último por condiciones estéticas.

IV.10.1. Tratamiento Médico

Indicaciones:

1. Hemorroides secundarias a otra enfermedad (Hipertensión portal).
2. Afecciones graves (Sistémicas o crónicas).
3. Embarazadas con más de 3 meses de gestación.
4. Durante los 3 primeros meses del puerperio.
5. Hemorroides Grado I asintomáticas o poco sintomáticas.
6. Hemorroides Grado II, como prueba terapéutica.
7. Hemorroides Grado III:

8. Como tratamiento preoperatorio.
9. Cuando no es factible el tratamiento quirúrgico, por malas condiciones del paciente.
10. En pacientes que rechacen la operación.
11. En pacientes con afecciones diarreicas crónicas.

El tratamiento médico consiste en medidas higienicodietéticas y medicamentos, como son:

- a) Practicar el aseo de las regiones anal y perineal con agua y jabón, en lugar de papel.
- b) No ingerir condimentos ni bebidas alcohólicas.
- c) Ingerir frutas, vegetales y fibra dietética.
- d) Crear un hábito defecatorio normal.
- e) Baños de asiento tibios.

Tratamiento medicamentoso:

- a) Laxantes de tipo humectante o por contacto, si hay constipación.
- b) Gotas flebotónicas.
- c) Fomentos locales de solución acuosa de Hamamelis.
- d) Tratamiento en enfermedad hemorroidal aguda
- e) Reposo en cama.
- f) Abstenerse de intentar la reducción manual del paquete hemorroidal
- g) Aplicación local de compresas tibias.
- h) Sedantes y analgésicos.
- i) Anti-inflamatorios y flebotónicos.
- j) Antibióticos, si existe infección o necrosis.
- k) Mantener las medidas higiénico-dietéticas y la normalización del hábito intestinal.

Tratamiento de la trombosis hemorroidal:

- a) Si no es dolorosa, o cuando hay edema de la región, realizar solo tratamiento médico.hemorroidectomía externa simple, con anestesia local y de forma

ambulatoria. No es descabellado realizar una trombectomía, sólo que muchas veces se hace recurrente por la presencia de microtrombos dentro de las venas.

- b) Cuando es sintomática, realizar la evacuación del trombo, mediante una incisión radial con relación al año, con anestesia local. Lo ideal es tratar de reducir manualmente este edema con maniobras digitales muy delicadas, si se mantiene el dolor estaría indicada la trombectomía o una hemorroidectomía simple, muy cuidadosa, donde se mantengan adecuadamente los puentes mucosos. Si mejora la molestia deben utilizarse baños de asiento con agua tibia, pomadas esteroideas locales, ablandadores de las heces y analgésicos orales y tópicos. Esta modalidad es muy frecuente en mujeres embarazada.

Manejo quirúrgico de la enfermedad hemorroidal

Están disponibles diversos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la EH; lamentablemente, ninguno de ellos es el ideal, y es por ello que es preciso meditar a conciencia cuál es la mejor técnica para cada paciente.

Antes de plantear la cirugía deben considerarse en conjunto la presentación clínica, la gravedad de la enfermedad y el riesgo de recidivas. Asimismo, aunque puedan resultar eficaces, los procedimientos clásicos se asocian a un dolor considerable y, en algunos casos poco habituales, a complicaciones graves.

Dependiendo del grado de la EH a abordar, el médico puede plantearse la intervención en términos de estilo de vida, fármacos o procedimientos en la consulta como la ligadura con bandas elásticas o la crioterapia antes de realizar intervenciones quirúrgicas.

No obstante, en EH de grados III y IV y en casos refractarios de Grado II, a menudo la cirugía se hace necesaria. Las hemorroides Grado 2 ya tenemos una gran variedad de técnicas que se han utilizado con buenos resultados como son:

- Escleroterapia. tiene complicaciones algo mayores que las otras técnicas, tales como quemaduras del canal anal, abscesos pélvicos, perianales y retroperitoneales. No es fácil de realizar y existe controversia en el tipo de sustancia a usar en este procedimiento.
- Fotocoagulación infrarroja y diatermocoagulación bipolar (Bicap), han demostrado tener buenos resultados, pero la limitación de estos procedimientos se asocia a los altos costos.
- Ligadura con banda elástica. Es una técnica fácil de usar, de bajo costo y con pocas complicaciones. Lo más importante es no comprometer con la banda elástica el anodermo, es decir la zona distal a la línea dentada, ya que el dolor sería insoportable.
- Mucosectomía circular. Algunos cirujanos de colon y recto, basados en que la etiopatogenia de la enfermedad hemorroidal es el deslizamiento del revestimiento del canal anal produciendo un síndrome de obstrucción fecal que se produce desde tempranas etapas de la vida, consideran que la única manera de solucionar un problema que tarde o temprano se exacerbó es el uso temprano de la mucosectomía circular.

Para las hemorroides Grado III y Grado IV en presencia de enfermedad hemorroidal avanzada el tratamiento es sin duda alguna conducta quirúrgica

- Dilatación anal de Lord: consiste en la dilatación pluridigital del año. Esta técnica tiene un sinnúmero de complicaciones, entre ellas las lesiones múltiples y permanentes del esfínter anal interno, produciendo incontinencia en una gran cantidad de los pacientes en los cuales se aplicaba esta técnica.
- Criocirugía: exéresis por quemadura en frío de las hemorroides, no ha demostrado ninguna cualidad, pero sí múltiples complicaciones.
- Operación de Whitehead: Se basa en la exéresis del prolapso hemorroidal, pero con la resección circular total del anodermo
- Cirugía con láser: Las diferentes evaluaciones que se han dado en relación a la cirugía hemorroidal con láser, han demostrado que no representan beneficios en relación a los procedimientos convencionales,

- Operación de Arnous: Se produce la exposición de los tres pedúnculos hemorroidales y se procede a interesar la sección del esfínter interno de manera rutinaria para destruir el componente de hipertonia del esfínter. Hacer esto de rutina no es conveniente, ya que en múltiples casos no hay componente de hipertonia y por ende no favorece en nada la esfinterotomía.
- Hemorroidectomía submucosa de Parks: Suele valorar siempre la laxitud de los tejidos y tiende a restituir una proyección anatómica del plano cutáneo mucoso y al plano muscular de soporte.
- Hemorroidectomía abierta de Milligan y Morgan, Semicerrada o cerrada de Ferguson: Colocamos todas estas técnicas en un solo grupo, ya que sus bondades y desventajas son similares y tan sólo cambia en el tratamiento externo de la piel o la mucosa, si se toma o no el pedículo y se sutura. Desde que Milligan-Morgan en el año 1933 proponen esta intervención para actuar sobre los componentes hemangiomas, por separación del esfínter a la vez de todo el revestimiento mucocutáneo de las hemorroides, dejando curar por segunda intención las tres áreas cruentas. Uno de los problemas más frecuentes en esta intervención es definitivamente el dolor y el tiempo de recuperación del paciente. Otras de las críticas que con fundamento se realizan es que la exéresis de las hemorroides no es inocua, ya que como hemos descrito ellas tienen la función de continencia. En las hemorroides mixtas o en las hemorroides de tercero y cuarto grado sin prolapso mucoso y en manos expertas tanto la técnica de Milligan y Morgan, como la semicerrada y la técnica de Ferguson; tienen su indicación.
- Mucosectomía circular: esta técnica le ha dado un vuelco completo al tratamiento de la enfermedad hemorroidal.

La hemorroidectomía abierta (Milligan-Morgan) y cerrada (Fergusson) representa a los procedimientos habituales 'clásicos'. La popularidad de estos procedimientos varía por regiones, siendo el método Milligan-Morgan más común en Pakistán, y el Fergusson más habitual en EE. UU.

La tasa de complicaciones varía entre el 3 y el 12 % y, aunque no sean frecuentes, algunas como la estenosis anal son de difícil tratamiento. Muchos pacientes evitan la cirugía hasta sufrir prolapso circunferencial de la almohadilla anal, etapa en que la criocirugía se vuelve complicada y en que es difícil conseguir satisfacción por parte del paciente. Hasta el momento se ha descrito el abordaje Milligan-Morgan como el procedimiento quirúrgico de referencia para EH.

Giamundo P et al. de Cagliari Italia, compararon de forma prospectiva (media de 6 meses) la técnica de HELP (hemorrhoids laser procedure) vs Rubber Band Ligation (RBL); observando una resolución de los síntomas en el 90% de los casos del grupo tratado con la técnica HELP y 53% de los tratados con RBL.

A su vez de Yokohama Japón. Takano M et al. mostraron su experiencia de 5 años en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal interna con un nuevo agente esclerosante: ALTA (aluminum potassium sulfate/tannic acid). Con una resolución en el 98.1% de los casos, una recurrencia a dos años del 18.3%. Y un 10.9% de complicaciones como: dolor perianal, laceraciones rectales, induración, disuria y estenosis anal. Concluyendo que la esclerosis con ALTA es útil y efectiva en el tratamiento del prolapso hemorroidal interno.

Macroligadura alta de Reis Neto: En pacientes con hemorroides de tercer grado, con poco componente externo la macroligadura alta, es una maravillosa y económica alternativa, ya que fija el componente de prolapso y por ende elimina los paquetes hemorroidales. Puede ser perfectamente combinada con la exéresis de los componentes externos por las técnicas convencionales. Por ende lo recomendamos en estos casos y sólo esperamos el índice de recidivas por lo novel del procedimiento.

Desarterialización guiada por Doppler vascular: Este procedimiento que nuevamente está siendo promovido, no parece tener una base sólida para poder fomentar su uso, ya que si vamos al concepto básico aceptado, en el cual hemos concluido que el mecanismo de producción de la enfermedad hemorroidal no es un problema vascular, sino un problema mecánico de descenso de la mucosa rectal, con la simple eliminación del compromiso vascular, no estaríamos corrigiendo la causa del problema.

V. HIPÓTESIS

1. Los principales factores para el desarrollo de la enfermedad hemorroidal son higiene dietéticos

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Cantidad de años que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha del estudio	Numeral	15 – 25 26 – 35 36 – 45 46 – 55 56 – 65 >65
Género	Condición fenotípica que distingue entre 2 condiciones	Nominal	Femenino Masculino
Mes	Cada una de las 12 partes en las que se divide el año	Nominal	
Antecedentes Mórbidos	Acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores de un padecimiento	Nominal	Diabetes mellitus II Hipertensión arterial Obesidad Arteriosclerosis Infarto agudo Otro
antecedentes quirúrgicos	Acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores de un padecimiento	Nominal	
Antecedentes tóxicos	Acción, dicho o circunstancia que	Nominal	Tabaco Alcohol

	sirve para comprender o valorar hechos posteriores de un envenenamiento		Estupefacentes Café
Ocupación:	Oficio al que se dedica el paciente Nominal	Nominal	
Estilo de Vida	Conjunto de costumbres del diario vivir	Nominal	Ingesta de picantes Ingesta de fibras Ingesta de agua Actividad física
Motivo de consulta	Conjunto de razones que motivan el paciente asistir a la consulta en el centro	Otros	seguimiento _ Dolor anal _ Prurito _ Sensación de masa __ Sangrado __ Constipación __ Edema de área perianal __ Fisuras _ Otros:
Tiempo de inicio de los síntomas y su asistencia al consultorio	tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta caracterizado en meses	Ordinal	6 meses Más de 6 meses 1 año Más de 1 año
Número de episodios de	Número de ocasiones donde el	No	

enfermedad hemorroidal	paciente presentó manifestaciones de enfermedad hemorroidal antes de asistir a la consulta		
tratamiento Previo	Opciones de tratamiento utilizadas por el paciente para tratar sus síntomas	Nominal	
Clasificación de las Hemorroides	Clasificación que describe las hemorroides al examen físico	Nominal	I II III IV
Terapéutica	Tratamiento que se emplea para la curación de una enfermedad	nominal	Conservador Quirúrgico

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de Estudio

Se trató de una investigación de tipo prospectiva porque su desarrollo se da en el periodo Noviembre 2018 a Mayo 2019 y la recolección de los datos obtenidos fue durante el proceso de investigación. Por otro lado también, la misma es de carácter descriptivo, puesto que no solo se basa en una simple recolección de datos, sino que se pudieron correlacionar variables claves que determinan las prácticas y costumbres de dichos pacientes. Igualmente es de corte transversal por su corta duración y de naturaleza exploratoria, puesto que en este centro no se habían realizado anteriormente estudios con este enfoque temático. Del mismo modo es observacional, debido a que nos limitamos a observar y detallar las circunstancias acontecidas. La hipótesis de esta investigación se sustentó en la frecuencia de la enfermedad hemorroidal.

La obtención de los datos de la investigación fue a través de la revisión de bibliografías relacionadas al tema y el método de la encuesta, cuyas informaciones proporcionan la base a nuestra investigación. Se requirió el consentimiento informado del paciente. Se les informó de la ética y confiabilidad de los datos recolectados en la investigación y el objetivo final de dicho trabajo.

VII.2. Demarcación geográfica

El Hospital Dr. Salvador B. Gautier es un Hospital de tercer nivel que se encuentra ubicado en el Ensanche La Fe del Distrito Nacional, institución que pertenece al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y está ubicado:

Al Norte : Calle Genaro Pérez

Al Sur : Calle Alexander Fleming

Al Este : Calle 39

Al Oeste : Calle Juan 23

VII.3. Universo

El universo de la investigación está constituido todos por todos los pacientes que acudieron a la consulta de Proctología del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el periodo noviembre 2018 a mayo 2019.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal que acudieron a la consulta de Proctología del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el periodo noviembre 2018 a mayo 2019. Se tomó una población representativa de 60 pacientes que acudieron a consulta por enfermedad hemorroidal.

VII.5. Criterios de Inclusión

1. Ser paciente del Hospital Salvador B Gautier con un periodo de edad comprendido entre 18 a 75 años
2. Ser paciente de la consulta del centro hospitalario.
3. Paciente refiere síntomas y signos de enfermedad hemorroidal

VII.6. Criterios de Exclusión

1. Menores de 18 años
2. Mayores de 75 años
3. Paciente que no firmaran el consentimiento
4. Pacientes embarazadas
5. Pacientes en periodo de lactancia
6. Discapacitados- o con alteraciones mentales no capaces de firmar consentimiento informado y o proveer información para la recolección de datos.

VII.7. Instrumento

Se aplicó un protocolo de preguntas impreso (ver anexos) de 25 preguntas precedidas de la revisión de otras investigaciones realizadas previamente, de

consultas bibliográficas y de la recomendación de nuestro asesor. Cada una de las interrogantes fue llevada a un nivel de comprensión simple y clara. Para la tabulación de los datos y cruce de variables se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010.

VII.8. Métodos de recolección de información

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual se aplicó a los pacientes con el diagnóstico de enfermedad hemorroidal que fueron vistos por la consulta de Proctología en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo establecido. Las preguntas contenidas en el cuestionario son de tipo cerrado y se llenaron por el equipo que dirigió el estudio (anexo instrumento de recolección de datos).

VII.9. Métodos, técnicas y procedimientos

La información fue recogida mediante un cuestionario que se facilitó a los pacientes por parte del equipo que dirigió el estudio durante el período establecido en el servicio de Proctología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Se les informó sobre los objetivos del estudio y luego se procedió a llenar.

VII.10. Tabulación y análisis de la información

Las operaciones de tabulación de la información fueron realizadas y procesadas en el programa de computación digital EPI-INFO 7.0 El análisis se realizó mediante medidas relativas tales como frecuencia y porcentajes, Microsoft Excel 2010 para cálculos matemáticos, estadísticos y gráficos.

VII.11. Principios éticos

1. Confidencialidad de la información
2. Orientación acerca de los objetivos de este trabajo
3. Omisión del nombre en el instrumento de medición

VIII. RESULTADOS.

Cuadro 1. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según tipo de tratamiento.

Tipo de tratamiento	Frecuencia	%
Cirugía	11	20.8
Conservador	42	79.2
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 79.2 por ciento de los pacientes se les trato con tratamiento conservador y el 20.8 por ciento cirugía.

Gráfico 1. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según tipo de tratamiento.



Fuente: cuadro 1.

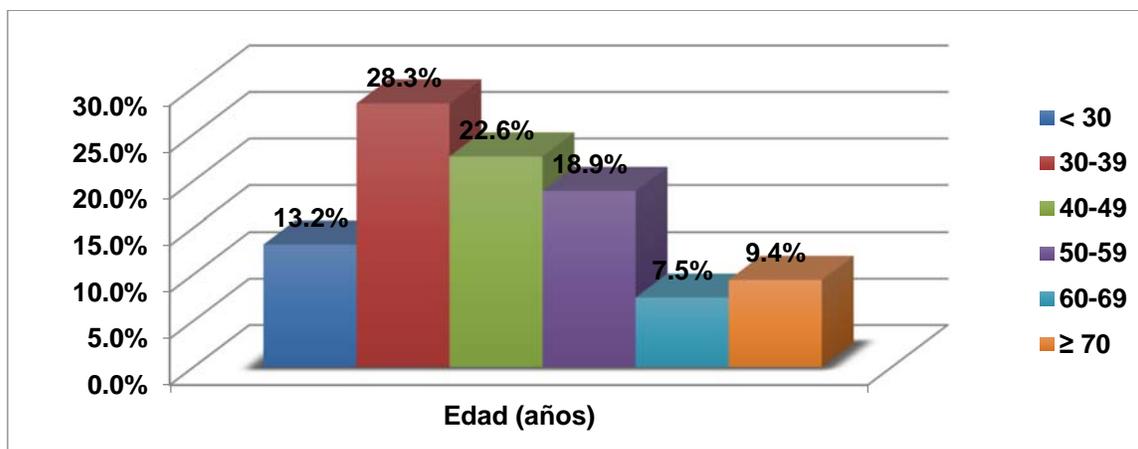
Cuadro 2. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 30	7	13.2
30-39	15	28.3
40-49	12	22.6
50-59	10	18.9
60-69	4	7.5
≥ 70	5	9.4
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 28.3 por ciento de los pacientes tenían de 30-39 años, el 22.6 por ciento 40-49 años, el 18.9 por ciento 50-59 años, el 13.2 por ciento menos de 30 años, el 9.4 por ciento más o igual a 70 años y el 7.5 por ciento 60-69 años.

Gráfico 2. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según edad.



Fuente: cuadro 2.

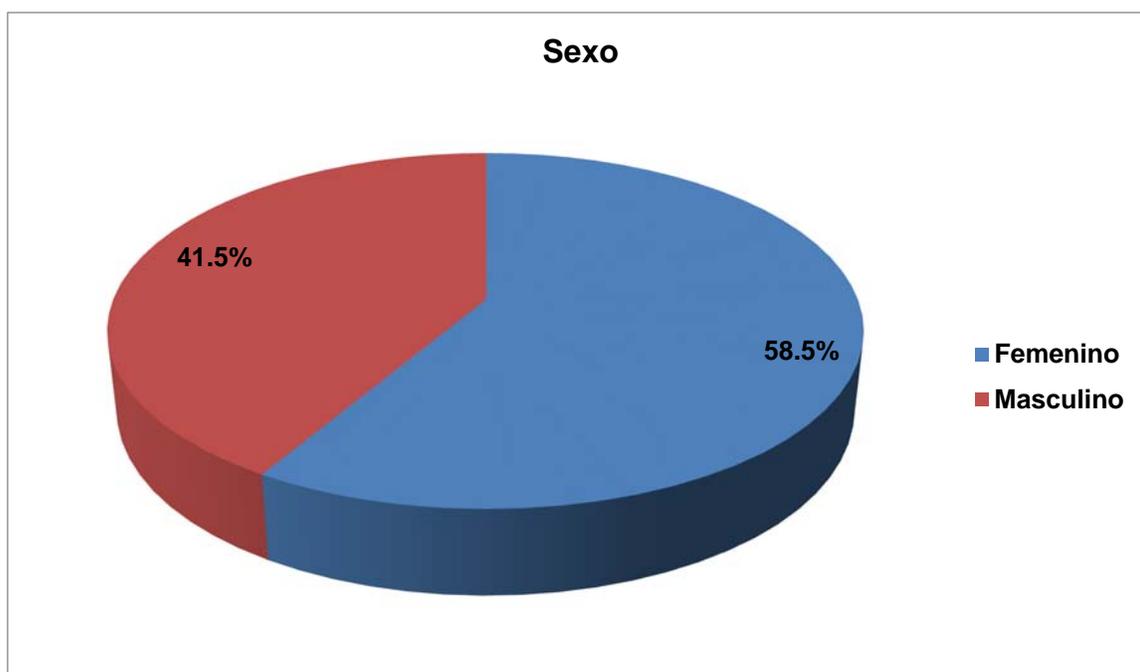
Cuadro 3. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	31	58.5
Masculino	22	41.5
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 58.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino y el 41.5 por ciento al masculino.

Gráfico 3. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según sexo.



Fuente: cuadro 3.

Cuadro 4. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según comorbilidades.

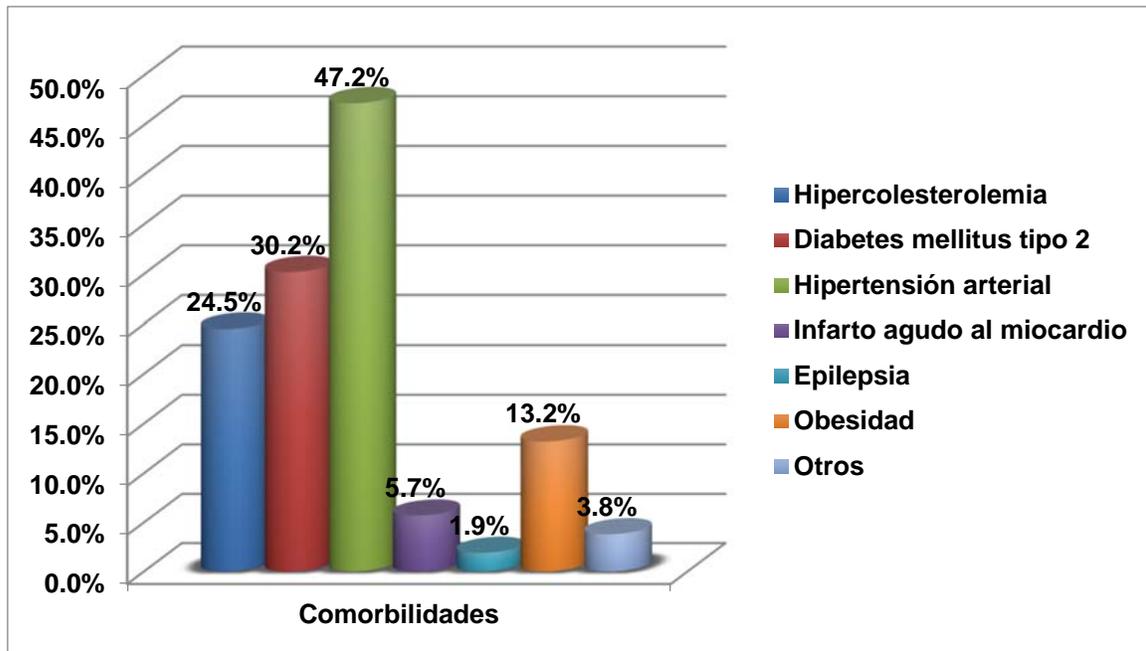
Comorbilidades*	Frecuencia	%
Hipercolesterolemia	13	24.5
Diabetes mellitus tipo 2	16	30.2
Hipertensión arterial	25	47.2
Infarto agudo al miocardio	3	5.7
Epilepsia	1	1.9
Obesidad	7	13.2
Otros	2	3.8

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presento más de una comorbilidad.

El 47.2 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidad, el 30.2 por ciento diabetes mellitus tipo 2, el 24.5 por ciento hipercolesterolemia, el 13.2 por ciento obesidad, el 5.7 por ciento infarto agudo al miocardio, el 1.9 por ciento epilepsia y el 3.8 por ciento.

Gráfico 4. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según comorbilidades.



Fuente: cuadro 4.

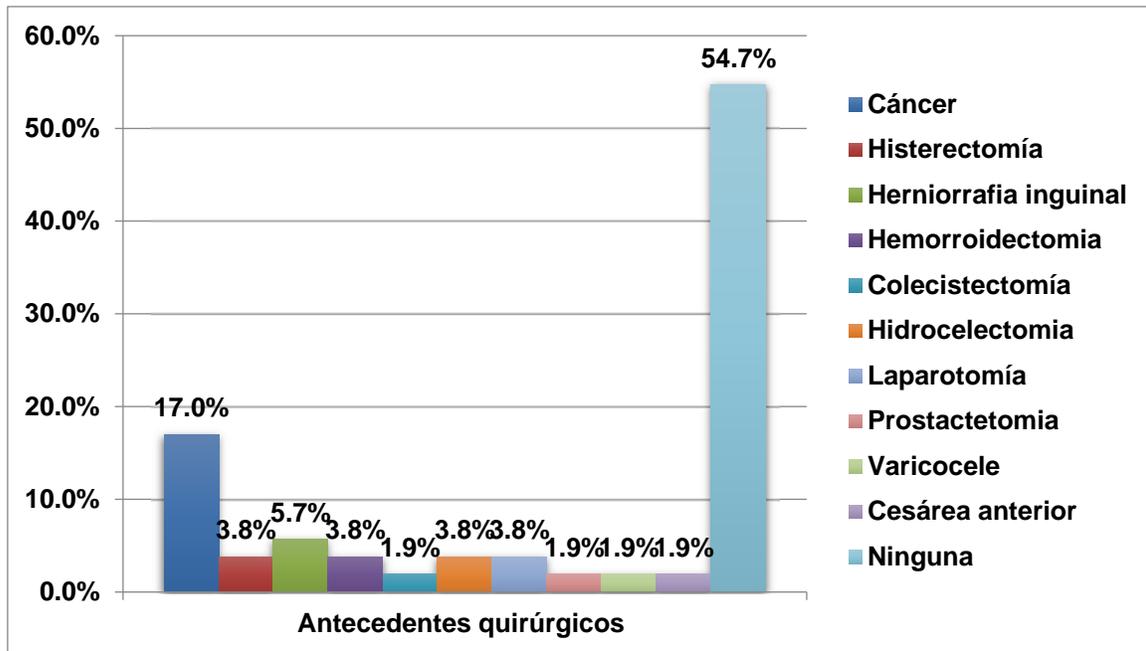
Cuadro 5. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes quirúrgicos	Frecuencia	%
Cáncer	9	17.0
Histerectomía	2	3.8
Herniorrafia inguinal	3	5.7
Hemorroidectomía	2	3.8
Colecistectomía	1	1.9
Hidrocelectomía	2	3.8
Laparotomía	2	3.8
Prostactetomía	1	1.9
Varicocele	1	1.9
Cesárea anterior	1	1.9
Ninguna	29	54.7
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 17.0 por ciento de los pacientes presentaron cáncer como antecedentes quirúrgicos, el 5.7 por ciento herniorrafia inguinal, el 3.8 por ciento histerectomía, hemorroidectomía, hidrocelectomía, laparotomía, el 1.9 por ciento colecistectomía, prostactetomía, varicocele y cesárea anterior y el 54.7 por ciento ningún antecedente.

Gráfico 5. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según antecedentes quirúrgicos.



Fuente: cuadro 5.

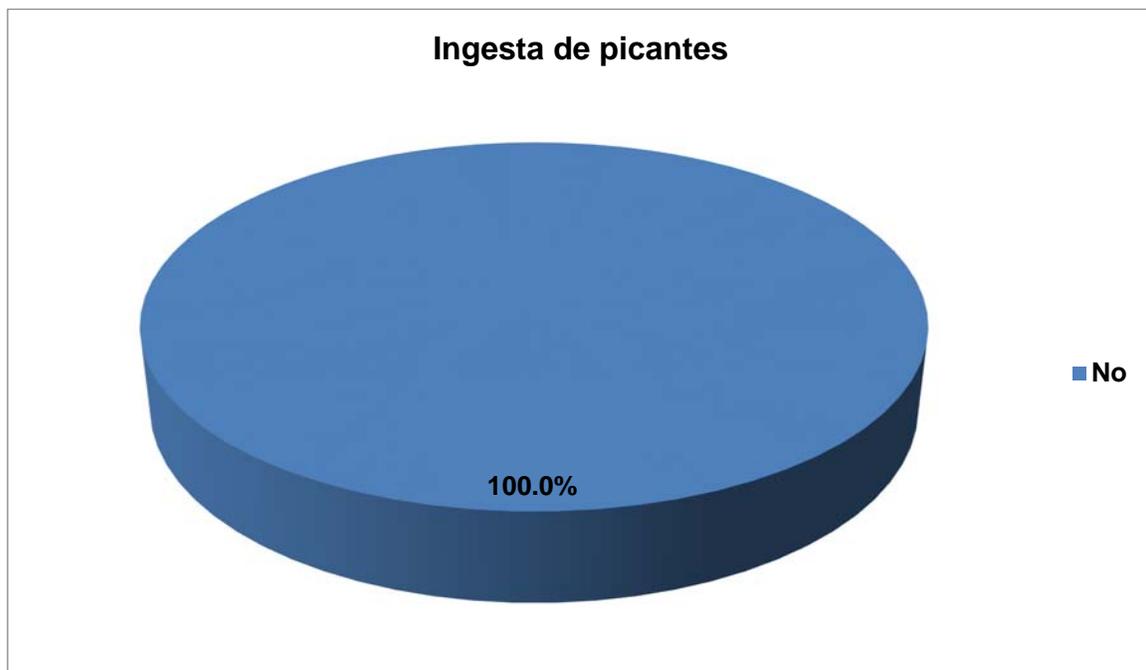
Cuadro 6. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según ingesta de picantes

Ingesta de picantes	Frecuencia	%
No	53	100.0
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 100.0 por ciento de los pacientes no consumían picantes.

Gráfico 6. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según ingesta de picantes



Fuente: cuadro 6.

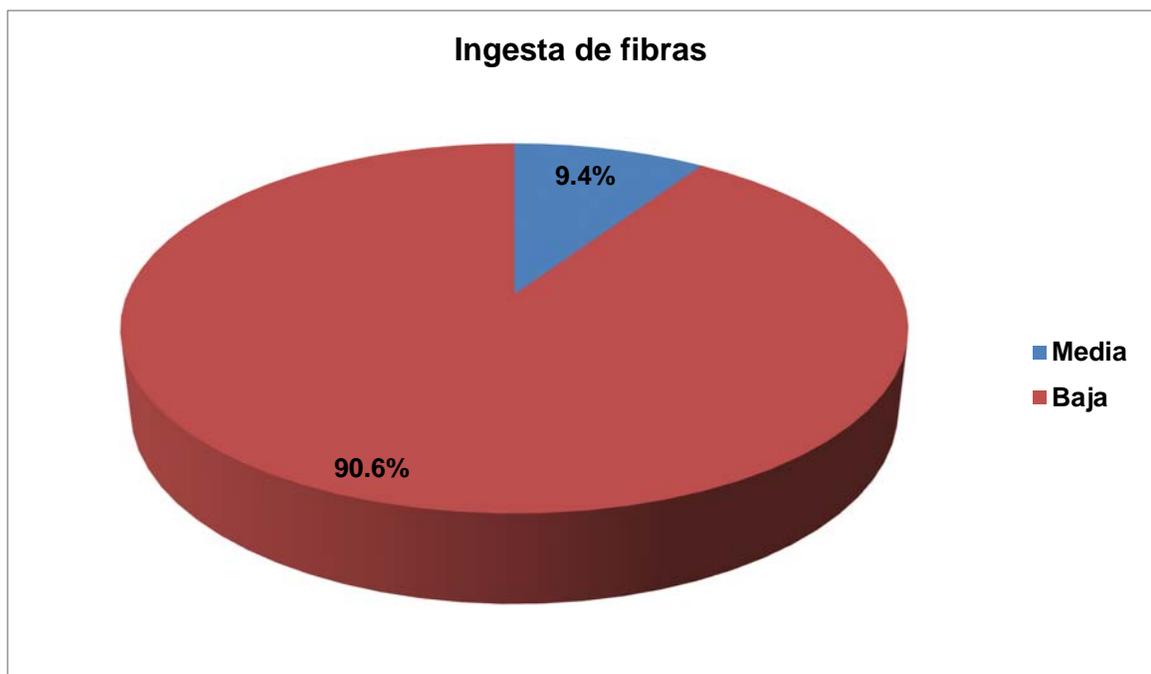
Cuadro 7. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según ingesta de fibras.

Ingesta de fibras	Frecuencia	%
Media	5	9.4
Baja	48	90.6
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 90.6 por ciento de los pacientes tomaban baja ingesta de fibras y el 9.4 por ciento media.

Gráfico 7. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según ingesta de fibras.



Fuente: cuadro 7.

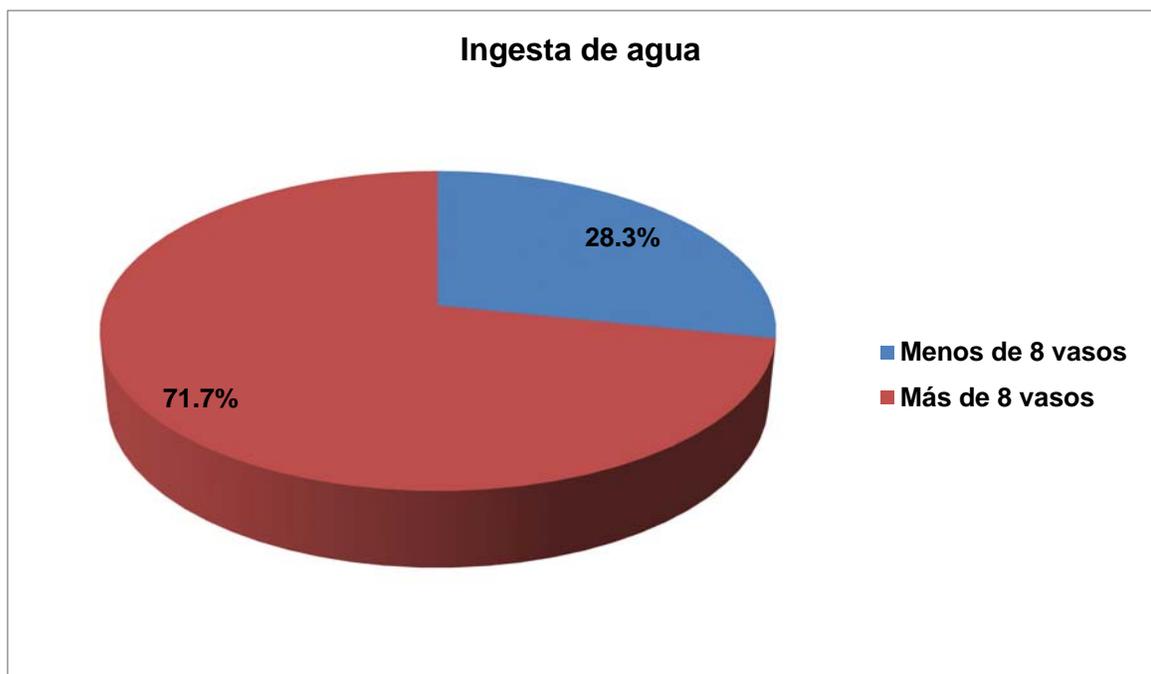
Cuadro 8. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según ingesta de agua.

Ingesta de agua	Frecuencia	%
Menos de 8 vasos	15	28.3
Más de 8 vasos	38	71.7
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 71.7 por ciento de los pacientes consumían más de 8 vasos de agua al día y el 28.3 por ciento menos de 8 vasos.

Gráfico 8. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según ingesta de agua.



Fuente: cuadro 8.

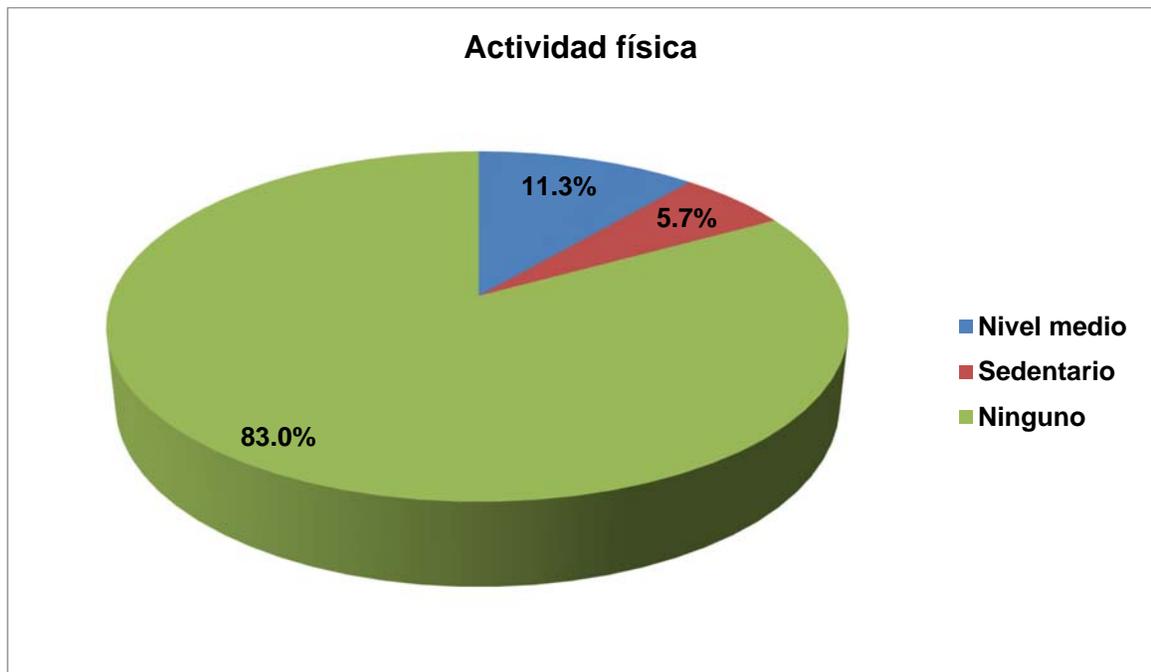
Cuadro 9. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según actividad física.

Actividad física	Frecuencia	%
Nivel medio	6	11.3
Sedentario	3	5.7
Ninguno	44	83.0
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 11.3 por ciento de los pacientes tenían nivel medio de actividad física, el 5.7 por ciento sedentario y el 83.0 por ciento ninguna actividad física.

Gráfico 9. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según actividad física.



Fuente: cuadro 9.

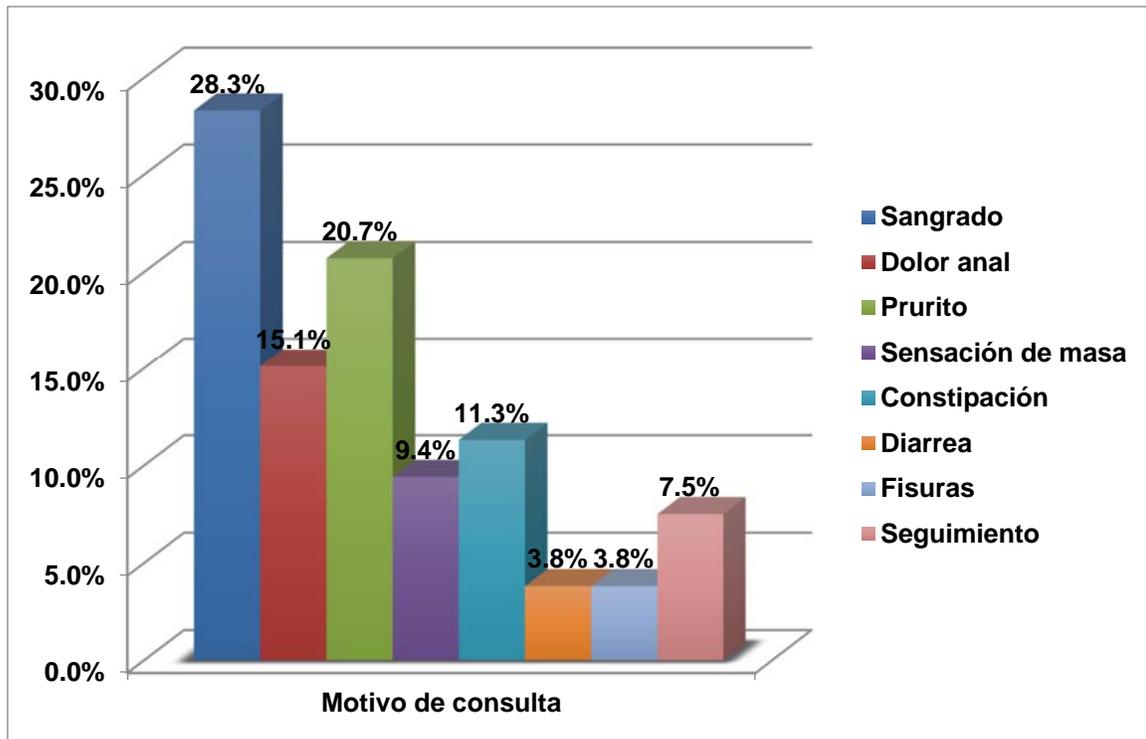
Cuadro 10. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según motivo de consulta.

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Sangrado	15	28.3
Dolor anal	8	15.1
Prurito	11	20.7
Sensación de masa	5	9.4
Constipación	6	11.3
Diarrea	2	3.8
Fisuras	2	3.8
Seguimiento	4	7.5
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 28.3 por ciento de los pacientes presentaron sangrado como motivo de consulta, el 20.7 por ciento prurito, el 15.1 por ciento dolor anal, el 11.3 por ciento constipación, el 9.7 por ciento sensación de masa, el 7.5 por ciento seguimiento y el 3.8 por ciento diarrea y fisuras.

Gráfico 10. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según motivo de consulta.



Fuente: cuadro 10.

Cuadro 11. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según tiempo inicio de los síntomas.

Tiempo de inicio de los síntomas (años)	Frecuencia	%
< 1	30	56.6
1-5	17	32.1
6-10	6	11.3
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 56.6 por ciento de los pacientes tenían menos de 1 año de tiempo de inicio de los síntomas, el 32.1 por ciento de 1-5 años y el 11.3 por ciento de 6-10 años.

Gráfico 11. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según tiempo inicio de los síntomas.



Fuente: cuadro 11.

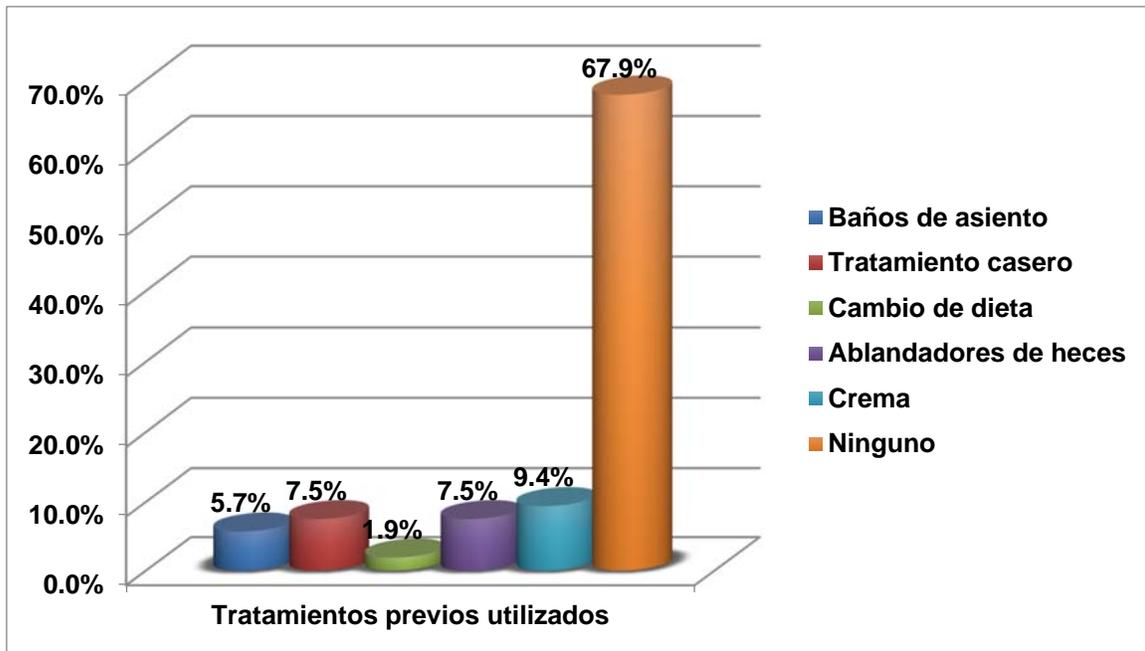
Cuadro 12. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según tratamientos previos utilizados.

Tratamientos previos utilizados	Frecuencia	%
Baños de asiento	3	5.7
Tratamiento casero	4	7.5
Cambio de dieta	1	1.9
Ablandadores de heces	4	7.5
Crema	5	9.4
Ninguno	36	67.9
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 9.4 por ciento de los pacientes se les colocó crema como tratamientos previos utilizados, el 7.5 por ciento tratamiento casero y ablandadores de heces, el 5.7 por ciento baños de asiento, el 1.9 por ciento cambio de dieta y el 67.9 por ciento ningún tratamiento.

Gráfico 12. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según tratamientos previos utilizados.



Fuente: cuadro 12.

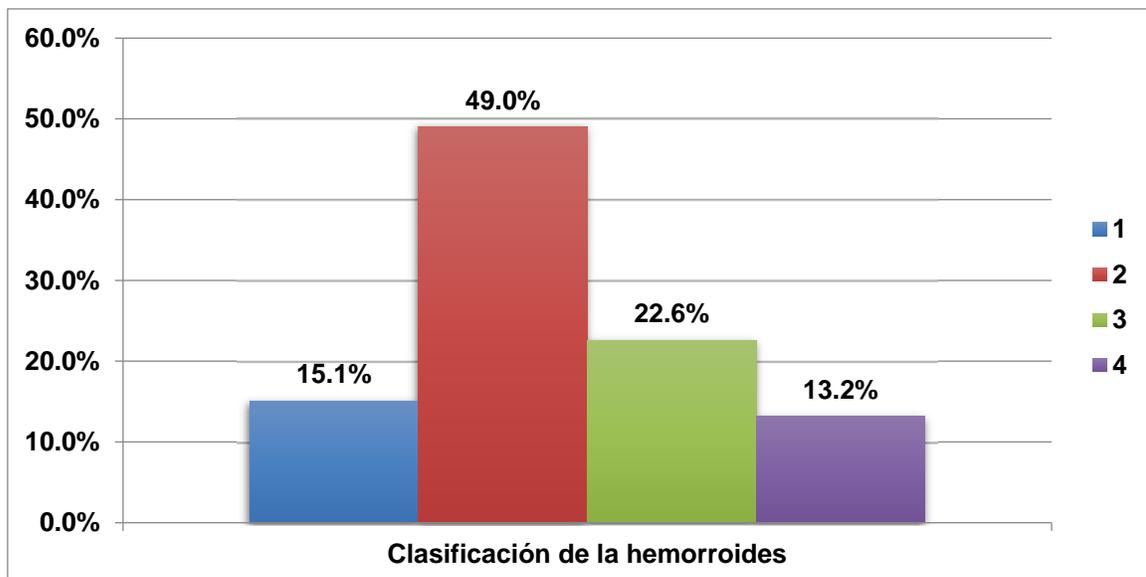
Cuadro 13. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según clasificación de la hemorroides.

Clasificación de la hemorroides	Frecuencia	%
1	8	15.1
2	26	49.0
3	12	22.6
4	7	13.2
Total	53	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 49.0 por ciento de los pacientes tenían clasificación 2 de hemorroides, el 22.6 por ciento 3, el 15.1 por ciento 1 y el 13.2 por ciento 4.

Gráfico 13. Frecuencia y manejo de la enfermedad hemorroidal en pacientes que asisten a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, en el período noviembre 2018 – mayo de 2019. Según clasificación de la hemorroides.



Fuente: cuadro 13.

IX. DISCUSIÓN.

El 58.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino; corroborando con un estudio realizado por Angelo Fulle C., *et al*, en el Servicio de Cirugía Ambulatoria del CASR, Chile, en el año 2018, el 60.0 por ciento fueron mujeres. En otro estudio realizado por José Martín Morales Olivera, *et al*, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, en el año 2007, el 76.5 por ciento correspondió a los hombres.

El 100.0 por ciento de los pacientes no consumían picantes; en un estudio realizado por Hernández Bernal, Francisco, *et al*, en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba, en el año 2012, solo el 14.5 por ciento consumían picantes.

El 90.6 por ciento de los pacientes tomaban baja ingesta de fibras; en un estudio realizado por Hernández Bernal, Francisco, *et al*, en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba, en el año 2012, el 14.5 por ciento tenían bajo consumo de fibras.

El 71.7 por ciento de los pacientes consumían más de 8 vasos de agua al día; en un estudio realizado por Hernández Bernal, Francisco, *et al*, en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cuba, en el año 2012, el 50.0 por ciento bebían de 1-2 litros de agua.

El 28.3 por ciento de los pacientes presentaron sangrado como motivo de consulta; en un estudio realizado por Angelo Fulle C., *et al*, en el Servicio de Cirugía Ambulatoria del CASR, Chile, en el año 2018, considerando las 5 dimensiones de síntomas: sangrado, prurito, dolor, sensación de prolapso hemorroidal e incontinencia fecal, 34 pacientes (79%) presentaban 3 o más síntomas preoperatorios considerados clínicamente significativos.

El 49.0 por ciento de los pacientes tenían clasificación 2 de hemorroides; en un estudio realizado por Angelo Fulle C., *et al*, en el Servicio de Cirugía Ambulatoria del CASR, Chile, en el año 2018, al momento de someterse a cirugía, el 56.0 por ciento de los pacientes tenía hemorroides grado III y IV. En otro estudio realizado por José Martín Morales Olivera, *et al*, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, en el año 2007, el (52.8%) presentaron hemorroides internas grado III.

X. CONCLUSIONES.

1. El 79.2 por ciento de los pacientes se les trato con tratamiento conservador.
2. El 28.3 por ciento de los pacientes tenían de 30-39 años.
3. El 58.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino.
4. El 47.2 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidad.
5. El 17.0 por ciento de los pacientes presentaron cáncer como antecedentes quirúrgicos.
6. El 100.0 por ciento de los pacientes no consumían picantes.
7. El 90.6 por ciento de los pacientes tomaban baja ingesta de fibras.
8. El 71.7 por ciento de los pacientes consumían más de 8 vasos de agua al día.
9. El 11.3 por ciento de los pacientes tenían nivel medio de actividad física.
10. El 28.3 por ciento de los pacientes presentaron sangrado como motivo de consulta.
11. El 56.6 por ciento de los pacientes tenían menos de 1 año de tiempo de inicio de los síntomas.
12. El 9.4 por ciento de los pacientes se les coloco crema como tratamientos previos utilizados.
13. El 49.0 por ciento de los pacientes tenían clasificación 2 de hemorroides.

XI. RECOMENDACIONES

1. Es necesario que se continúen haciendo trabajos de evaluación e investigación sobre las incidencias gastroenterológicas en general, ya que como hemos revisado en las diferentes bibliografías todas concluyen en que la alimentación es el punto clave de la digestión, fomentando una buena nutrición prevendremos complicaciones digestivas a futuro.

VIII. REFERENCIAS

- Abarca, Francisco: Consenso de hemorroides. Revista Mexicana de Coloproctología. 2010
- Alvarez Ortiz, C.D. (2017) Indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de hemorroides según el grado de clasificación y complicaciones frecuentes. (examen complejo). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas Y De La Salud, Machala, Ecuador. 29 p.
- María Rodríguez de Alba Galofre, L Rodríguez Álvarez, Francisco Javier Panadero Carlavilla: PATOLOGÍA ANORRECTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. (303), 383, 2007
- José Martín Morales-Olivera, Liliana Velasco, Orlando Bada-Yllán, Ornar Vergara-Fernández, Takeshi Takahashi-Monroy: Experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal con la engrapadora PPH. Revista de investigación clínica 59 (2), 108-111, 2007
- Manuel Manzanilla Sevilla: Historia de las hemorroides y su tratamiento quirúrgico. Revista Mexicana de Coloproctología Enfermedades del Ano, Recto y Colon 11 (1), 4-7, 2015.
- Francisco Hernández-Bernal, Carmen M Valenzuela-Silva, Karem M Catasús-Álvarez, Odalys C Lazo-Diago, Reinier Hernández-Rodríguez, Cimara H Bermúdez-Badell, Pedro A López-Saura, Ana T Fariñas-Reinoso: Caracterización epidemiológica de la enfermedad hemorroidal aguda en hospitales seleccionados en Cuba (noviembre de 2011 a enero 2012). Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 52 (1), 29-43, 2014
- Jaime Jimeno, Helena Vallverdú, Jaume Tubella, Cristina Sánchez-Pradell, Jordi Comajuncosas, Rolando Orbeal, Judit Hermoso, Pere Gris, José Luis López-Negre, Joan Urgellés, David Parés: Análisis prospectivo de la precisión diagnóstica en la patología anorrectal benigna: importancia de la información clínica. Revista Española de Enfermedades Digestivas 104 (3), 122-127, 2012
- Jaime Jimeno, Helena Vallverdú, Jaume Tubella, Cristina Sanchez-Pradell, Jordi Comajuncosas, Rolando Orbeal, Judit Hermoso, Pere Gris, José Luis López-Negre, Joan Urgellés, David Parés: Prospectiva analysis of clinician

- accuracy in the diagnosis of benign anorectal pathology: the value of clinical information. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas* 104 (3), 122, 2012
- F. Charles Brunicardi, Dana K. Andersen, Timothy , David L., John G., Raphael E: SCHWARTZ PRINCIPIOS DE CIRUGÍA 8° EDICIÓ. Mc Graw Hill.: 8° Edición. 2012
 - Sabiston Tratado de Cirugía C.M. Townsend Ed., 19ª Ed. Elsevier (1 vol.). Madrid, 2013.
 - Cirugía. Asociación Española de Cirujanos Parrilla P., Landa J.I. 2ª Ed. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2014
 - Compendio de Cirugía H. Durán. Ed. McGraw-Hill. Madrid. 2015
 - Patología Quirúrgica A. Martín Duce. Ed. Elsevier. Madrid 2009
 - Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas C. Pera. Ed. Salvat (2 vol.). Barcelona, 2003
 - Cirugía. Fisiopatología general. Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico. S. Tamames Escobar & C. Martínez Ramos. Ed. Panamericana. Madrid, 2007
 - Tratado de Cirugía J.L. Balibrea Ed. Ed.Toray, (3 vol.). Barcelona, 2012
 - Correa Ravelo: Proctología práctica. Editorial Alfil. 2015
 - Blanco,Hector. Enfermedades de colon, recto y ano. Editorial Amolca. 2012
 - EHRENPREIS, E.: Anal and rectal diseases. Ed. Springer. 2015.
 - Ribeiro, Joaquín: Coloproctología: Principios y prácticas. Editorial Atheneu. 2014
 - CÓRDOBA DÍAZ DE LASPRA, ELENA / ELIA GUEDEA, MANUELA /RAMÍREZ RODRÍGUEZ, JOSÉ MANUEL.: CUADERNO DE PROCTOLOGIA. . PRENSAS DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. 2010
 - Torres, Carlos: Manual de Coloproctología: enfermedades del colon, recto y ano. Editorial Academica. 2011
 - Tratado de cirugía general. Asociación mexicana de cirugía general. Editorial El Manual Moderno, 31 oct. 2016

- The Standards Practice Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of hemorrhoids. *Dis Col Rec* 2005; 48: 189-194.
- Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 17-32
- Saclarides TJ, Brand MI. Evolving trends in the treatment of anorectal diseases. *Dis Col Rec* 1999; 42: 1245-1252.2.
- Stelzner F, Staubesand J, Machkeidt Morris A et al. Canadian Association of General Surgeons and the American College of Surgeons. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(6):953
- Han W et al. [Pathologic change of elastic fibers with difference of microvessel density and expression of angiogenesis-related proteins in internal hemorrhoid tissues]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2005;8(1):56-9. (In Chinese)
- Aigner F et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. *Int J Colorectal Dis*. 2009;24(1):105-13
- Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol*. 2012;18(17):2009-17
- Perera N et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD00432

XI. ANEXOS

XI.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2018-2019
Selección del tema	Octubre
Búsqueda de referencias	Enero
Elaboración del anteproyecto	Abril
Sometimiento y aprobación	Abril
Recolección de la información	Noviembre de 2018- Mayo 2019
Tabulación y análisis de la información	Mayo
Redacción del informe	Junio
Revisión del informe	Julio
Encuadernación	Julio
Presentación	Julio

XI.2. Instrumento de recolección de los datos

Hospital Salvador B. Gautier-IDSS

Departamento de Cirugía General

Enfermedad Hemorroidal: frecuencia y Manejo, en la consulta del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el periodo Noviembre 2018 a Mayo 2019

1. Datos Generales

Nombre: - _____ EDad: _____ Sexo:

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Antecedentes

Mórbidos:

Antecedentes

Quirurgicos:

2. Estilo de Vida / Hábitos

_ Fuma . a) ___ FUmador b) ___ Exfumador

_ Ingesta de Alcohol a) ___ OCasional b)___ Regular c) ___ Diario

_ Ingesta de Picantes a) ___ OCasional b)___ Regular c) ___ Diario

___ Ingesta de Fibras a) ___ Baja b) __ Medio c) __ Alto

___ Consumo de Café a) ___ OCasional b)___ Regular c) ___ Diario .

Cantidad de tazas _____

___ Ingesta diaria de Agua a) Menos de 8 vasos y o 1 litro _____ b) Más de 1 litro diario

___ Actividad Física a) ___ Sedentario b)___ Nivel Medio c)___ Nivel alto

2. Que motiva su visita al Consultorio?

- Seguimiento
- Dolor anal
- Prurito
- Sensación de masa
- Sangrado
- Constipación
- Edema de área perianal
- Fisuras

Otros:

3. Tiempo de inicio de los síntomas y su asistencia al consultorio

4. Episodios previos Hemorroidales

a) Ha tenido episodios previos de crisis Hemorroidales?

SI ____ No ____

b) Cuántas veces en el último año ?

c) Qué tiempo lleva padeciendo de hemorroides?

5. Qué tratamientos Ha utilizado previamente?

- Baños de asiento
- Cremas
- Dieta rica en fibra

- Cirugía
- Otros

(Para uso médico)

6. Clasificación de Las HeMorroides:

7. Terapéutica

Tratamiento Conservador

Cirugía

XI.3. Costos y recursos

Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resma	RD\$ 160.00	RD\$ 640.00
Paper graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	RD\$ 300.00	RD\$ 300.00
Lápices	4 unidades	RD\$ 5.00	RD\$ 20.00
Borras	2 unidades	RD\$ 10.00	RD\$ 20.00
Bolígrafos	2 unidades	RD\$ 10.00	RD\$ 20.00
Sacapuntas			
Computador			
Impresora			
Proyector	3 unidades	RD\$ 1,500.00	RD\$ 4,500.00
Cartucho HP	1 unidad	RD\$ 150.00	RD\$ 150.00
Calculadoras	1,200 copias	RD\$ 2.00	RD\$ 2,400.00
Papelería (copias)	10 informes	RD\$ 200.00	RD\$ 2,000.00
Encuadernación	Llenar el tanque 2 veces	RD\$ 2,000.00	RD\$ 4,000.00
Transporte			
Total			RD\$ 14,070.00

XI.4. Información

- Adquisición de libros
- Revistas
- Otros documentos
- Referencias bibliográficas
- Ver listado de referencias

XI.5. Evaluación.

Sustentante:

Dra Ruth Arias Morillo

Asesor:

Dr. Rolando Ramírez Ramírez

Jurado:

Autoridades:

Dr. Rolando Ramírez Ramírez

Jefe del Departamento de Cirugía General del HSBG-IDSS
Coordinador de la Residencia de Cirugía General del HSBG-IDSS

Dr. John González Feliz

Gerente de Enseñanza e Investigaciones Científicas del HSBG-IDSS

Dr. William Duke

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNPHU

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____