



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina**

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
HEMORROIDAL ATENDIDOS EL AÑO 2018, SERVICIO DE
COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO CUENCA – ECUADOR 2019**

Proyecto de investigación previo a la
obtención del título de Médico

Autores:

- Adrián David Castillo Zambrano

CI: 0105285290.

Correo electrónico: xbadrrdcz@gmail.com

- Jaime Eduardo Orquera Albarracín

CI: 0105012819

Correo electrónico: jaime.orquera@icloud.com

Directora:

- Dra. Nube Lucía Flores Lazo

CI: 0105287411

Cuenca, Ecuador

03-diciembre- 2019



Resumen

Antecedentes: las hemorroides constituyen la patología más común atendida en la consulta de coloproctología y gastroenterología. A pesar de su alta prevalencia no existe información suficiente que defina las características de presentación en nuestra población.

Objetivo general: describir las características que presentaron los pacientes con enfermedad hemorroidal en el servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2018.

Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo; se recolectó la información de las historias clínicas en formularios de registro; la misma fue tabulada y analizada en los softwares Apache OpenOffice versión 4.1.7 y PSPP versión 1.2.0. Los resultados se presentaron mediante tablas de frecuencia y porcentaje además de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Resultados: de 288 casos estudiados, el 61.11% fueron mujeres, 59.03% de ellos diagnosticado en el periodo de edad entre 40 y 64 años, la edad media fue de 49.5 años, el 67.36% procedían del área urbana. Se halló consumo deficiente de fibra en el 74.7% de pacientes, 26.8% eran fumadores y solo el 19.79% realizaba adecuada actividad física. El 53.82% de pacientes no presentaba comorbilidades; y los restantes 133 pacientes presentaron hipertensión arterial (10.06%), hipotiroidismo (9.72%) y diabetes mellitus (7.29%). Según el tipo de hemorroides se encontraron internas (42.36%), mixtas (39.24%) y externas (18.4%); según el grado de hemorroide interna se obtuvo grado II (46.81%), III (29.79%), I (21.7%) y IV (1.7%). Respecto al cuadro clínico se encontró: dolor anal (80.55%), sangrado transanal (72.22%), constipación (70.13%).

Conclusiones: las hemorroides son frecuentes en adultos entre 40 a 64 años, con estilos de vida y dieta poco saludables. Las hemorroides internas, grado II son muy comunes en nuestra población y su clínica de presentación incluye generalmente dolor, sangrado transanal y constipación.

Palabras clave: Hemorroide. Grado de hemorroide. Estudio retrospectivo.



Abstract

Background: hemorrhoids are one of the most common diseases attended in the outpatient's service of coloproctology and gastroenterology. Despite its high prevalence of piles, there is not enough information to define the presentation characteristics in our population.

Objective: to describe characteristics presented by patients with hemorrhoidal disease at the coloproctology department of Vicente Corral Moscoso Hospital, 2018.

Methodology: descriptive, retrospective study; clinical records information was collected on registration forms; It was tabulated in Microsoft Excel software and analyzed in SPSS version 24.0. The results were presented using frequency and percentage tables in addition to measures of central tendency and dispersion for the quantitative variable (age).

Results: of 288 cases studied, 60.11% were women, 59.03% of them diagnosed in the period between 40 and 64 years, the average age was 49.5 years, 67.36% of patients came from the urban area. Poor fiber consumption was found in 74.7% of them, 26.8% were smokers and only 19.79% performed adequate physical activity. 53.82% of patients had no comorbidities; and the remaining 133 patients had high blood pressure (10.06%), hypothyroidism (9.72%) and diabetes mellitus (7.29%). According to the type of hemorrhoids were internal (42.36%), mixed (39.24%) and external (18.4%); according to the degree of internal hemorrhoid, grade II (46.81%), III (29.79%), I (21.7%) and IV (1.7%) were obtained. Regarding the clinical picture, anal pain (80.55%), transanal bleeding (72.22%), constipation (70.13%) were found.

Conclusions: hemorrhoids are common in adults between 40 and 64 years old, with unhealthy lifestyles and diets. Internal hemorrhoids, grade II is very common in our population and their presentation clinic usually includes pain, transanal bleeding and constipation.

Keywords: Hemorrhoid. Hemorrhoid grade. Retrospective study.



Índice

CAPÍTULO I	13
1.1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	16
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO III	21
3.1. Objetivo general:.....	21
3.2. Objetivos específicos:	21
CAPÍTULO IV.....	22
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	22
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	22
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	22
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
4.5. VARIABLES	23
4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	23
4.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	23
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	24
CAPITULO V.....	25
RESULTADOS.....	25
Tabla 1.	25
Tabla 2.	27
Tabla 3.	29
Tabla 4.	30
CAPÍTULO VI.....	31
DISCUSION	31
CAPITULO VII.....	35
7.1. CONCLUSIONES	35
7.2. RECOMENDACIONES	36
CAPITULO VIII.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37



CAPITULO IX.....	40
ANEXOS	40



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Adrián David Castillo Zambrano en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL ATENDIDOS EL AÑO 2018, SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 3 de diciembre de 2019



Adrián David Castillo Zambrano

C.I: 0105285290



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jaime Eduardo Orquera Albarracín en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL ATENDIDOS EL AÑO 2018, SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 3 de diciembre de 2019

Jaime Eduardo Orquera Albarracín

C.I: 0105012819



Cláusula de Propiedad Intelectual

Adrián David Castillo Zambrano, autor del proyecto de investigación "CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL ATENDIDOS EL AÑO 2018, SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 3 de diciembre de 2019

Adrián David Castillo Zambrano

C.I: 0105285290



Cláusula de Propiedad Intelectual

Jaime Eduardo Orquera Albarracín, autor del proyecto de investigación “CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL ATENDIDOS EL AÑO 2018, SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR 2019”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 3 de diciembre de 2019

Jaime Eduardo Orquera Albarracín

C.I: 0105012819



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo se lo ha realizado con mucho esfuerzo y no lo hubiéramos logrado sin el apoyo incondicional de varias personas. Agradecemos a nuestros padres que han sido el pilar fundamental en nuestras vidas, a nuestros hermanos por su apoyo en todo momento, a la familia por sus consejos y ánimos en cada paso que hemos dado y finalmente a nuestros amigos por formar parte de esta gran trayectoria que está por culminar.

A nuestra directora de tesis, Dra. Nube Flores quien, con su valiosa rectoría y asesoría, ha sido un apoyo primordial en el desarrollo de esta investigación.

Los autores



DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a toda mi familia, especialmente a mis padres y hermanos, quienes con sus consejos, comprensión, confianza y apoyo incondicional en el camino recorrido me han motivado a seguir adelante y son mi inspiración para seguir cumpliendo metas y sueños. De manera especial este trabajo va dedicado a mi hija, por ser la persona que me motiva a mejorar y aspirar a lograr cosas que nunca hubiera soñado y menos alcanzado, con todo mi cariño, quiero retribuir con esta investigación una parte pequeña de lo que ha dado.

Adrián



DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Gracias madre y padre.

Jaime



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Las hemorroides son componentes normales del conducto ano rectal; cambios en su estructura normal propician el apareamiento de síntomas, los cuales resultan muy incómodos para los pacientes quienes padecen esta patología. A través de siglos de historia se han recopilado antecedentes sobre ésta molesta enfermedad, de tal manera que podemos encontrar referencias primitivas en el Antiguo Testamento y en fuentes aún más antiguas escritas en Egipto, Babilonia y Grecia(1).

Actualmente en Estados Unidos (EEUU) se calcula que la prevalencia de enfermedad hemorroidal es del 4.4% de la población general (2). Se conoce que entre los trastornos gastrointestinales, las hemorroides se diagnostican tan frecuentemente como la enfermedad diverticular y solo con menos frecuencia que la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la hernia de la pared abdominal y los trastornos intestinales funcionales(3).

Debido a su alta frecuencia, se han diseñado estudios enfocados en caracterizar la enfermedad hemorroidal. En este contexto, se han llevado a cabo trabajos que exponen ciertas condiciones relacionadas a la enfermedad que cobran relevancia en el campo médico de la prevención, diagnóstico y tratamiento. Para ejemplificar, podemos mencionar un trabajo realizado en la población cubana, el cual concluyó que la presencia de inadecuados estilos de vida propicia la aparición de un episodio agudo hemorroidal. Este conocimiento orienta de mejor manera la dirección que se debe tomar en la prevención de la enfermedad hemorroidal tomando en cuenta el perfil clínico de una población (4).

A pesar que existe bibliografía confiable, la información que se dispone al respecto aún no es concluyente y los resultados obtenidos parecen variar según la población estudiada. Por este motivo, a lo largo de este estudio se pretende identificar las características frecuentes de la enfermedad hemorroidal que se encontraron en pacientes de nuestra población, a fin de establecer las similitudes y diferencias clínicas, al ser comparadas con el resto de poblaciones.



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La afectación de los paquetes hemorroidales es padecida por un gran número de personas a nivel mundial, resulta sorprendente que a pesar de ello no ha sido investigada exhaustivamente al igual que otras patologías frecuentes. Se calcula actualmente que las hemorroides afectan a 1 de cada 4 personas adultas en Reino Unido, dando como resultado una carga significativa en la práctica médica(5). En Austria se evidenció que el 38.93% de pacientes, que asistieron al programa para detección de cáncer colorrectal, sufrieron de hemorroides(6). Según datos proporcionados por el centro de tratamiento especializado en esta patología “HD Treatment Center”, se estima que alrededor del 50% de estadounidenses desarrollarán hemorroides cuando tengan 50 años; en consecuencia, durante el año 2014, el número de personas en EEUU que sufren de hemorroides fue de alrededor de 10,4 millones.(7,8).

Las estimaciones de la prevalencia de EH en la mayor parte de América Latina se derivan de estadística comparativa, la cual es proporcionada en su mayoría por países de Europa y Norte América, además de unos pocos estudios menos actualizados realizados en países de la región, es así que se acepta que esta patología afecta aproximadamente al 5% de la población general(9). En Ecuador la prevalencia resulta igualmente difícil de estimar, sin embargo, tomando en cuenta los ciertos factores como dieta, estilo de vida y aumento de la incidencia de patología gastrointestinal, se deduce que la falta de información relativa a esta enfermedad, no solo implica desconocimiento de su epidemiología sino también desconocimiento del perfil del paciente que padece de hemorroides, lo cual limita el campo de acción de nuestra práctica médica únicamente al tratamiento de la patología y desvía el enfoque actual de la salud pública.

Es evidente que a pesar de su alta prevalencia no existe información suficiente que defina las características clínicas de presentación en nuestra población, por ello este estudio se plantea responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué características presentaron los pacientes con diagnóstico de EH atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2018?



1.3. JUSTIFICACIÓN

Aunque las estimaciones de prevalencia publicadas son variadas, es sabido que las hemorroides constituyen la patología más común atendida en la consulta de especialidad de coloproctología y gastroenterología(10). Los síntomas relacionados con las hemorroides son muy comunes en el hemisferio occidental y en otras sociedades industrializadas; su expresión clínica ocasiona molestias significativas incluyendo dolor, sangrado y prurito, entre otros(11,12).

En base a lo expuesto, podemos afirmar que los cambios patológicos producidos en los paquetes hemorroidales representan una enfermedad que afecta a un número considerable de pacientes. Tomando en cuenta su alta frecuencia de presentación, es necesario obtener información actualizada que caracterice nuestra población y nos permita tomar decisiones médicas basadas en datos clínicos de nuestros pacientes y no basados resultados obtenidos en otros grupos de estudios.

Ante esto, se pretende realizar un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo mediante el cual se identifiquen ciertas características frecuentes, hallados en pacientes con diagnóstico de EH. La información obtenida mediante esta investigación será socializada entre el personal médico. Se espera que los resultados obtenidos en nuestra población nos permitan mejorar los conocimientos de esta patología; de este modo, se provea información actualizada que sea útil en el campo de la prevención y diagnóstico.

La presente investigación aportará conocimientos de interés en relación a los problemas de salud prevalentes o prioritarios de nuestra comunidad, considerada dentro de las líneas investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. A partir de las áreas y líneas de investigación definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional esta investigación se enmarca dentro del área número 16 dedicada a las enfermedades gastrointestinales. Además, aspiramos que la información que se logre obtener mediante este proyecto de investigación esté disponible como material bibliográfico y motive el desarrollo de futuras investigaciones.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

Las hemorroides son estructuras anatómicas del conducto anorrectal (CA) normal del ser humano, constituidas por plexos vasculares submucosos identificables como almohadillas anales(13). Su importancia fisiológica no se conoce totalmente, pero se sabe que facilita la continencia y contribuye en la protección del esfínter anal durante la defecación; además parecen ser importantes para la discriminación de distintas sensaciones que ocurren a nivel del conducto anal como sensación de llenado, presión y percepción del contenido anal, líquido o sólido (1,3). En consecuencia, el término “hemorroides” en el sentido literal estricto no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, en la práctica clínica, el término se usa para describir el cuadro patológico producido por el agrandamiento anómalo de los cojinetes anales. Se puede entender así que este término concebido en la antigüedad tenga su origen etimológico del griego haema (sangre) y rhoos (flujo), debido a que el signo de sangrado transanal sugiere fuertemente considerar el diagnóstico de EH (1,14).

El conocimiento del origen embriológico y anatomía de las hemorroides resulta conveniente para entender de mejor manera el cuadro clínico relacionado a esta patología, por lo cual se dedicará una revisión sucinta a estos temas. Respecto a su embriología, se conoce que el del tubo digestivo inicia su desarrollo a partir de la cuarta semana de gestación (SG), cuando una porción del saco vitelino revestida de endodermo se incorpora al embrión para formar el intestino primitivo (16,17). Al mismo se lo divide para su estudio en cuatro secciones, la más distal de ellas corresponde al intestino posterior que da origen entre otras estructuras al CA, cuando su porción terminal entra en contacto con la región posterior de la cloaca, membrana constituida por endodermo y ectodermo, ubicada en el extremo caudal del disco embrionario(15).

Al final de la séptima SG la cloaca se perfora dejando dos comunicaciones, una anterior para el seno urogenital y otra posterior para el CA, separadas por el tabique uorrectal, constituidos de mesodermo. De este modo los dos tercios proximales del CA tiene origen endodérmico, proveniente del intestino primitivo; mientras que el tercio distal procede de las células ectodérmicas de la cloaca. La unión de estas dos regiones está limitada por



la línea pectínea (LP) que se distingue en la luz del CA(16,17). Desde un punto de vista anatómico, el CA inicia en la LP y finaliza en el borde anal. Mientras que el inicio del CA quirúrgico corresponde al anillo anorrectal, generalmente palpable como una estructura similar a un anillo apretado, que se identifica tras solicitar al paciente que puje o apriete el esfínter anal, el mismo que se moviliza anteriormente tras realizarse la maniobra. El anillo anorrectal está constituido por el esfínter anal externo (EAE) y los músculos puborrectales (MPR), tiene una longitud de 4.4 cm en los hombres en comparación con 4 cm en las mujeres(18,19).

La LP se encuentra un tercio por debajo de todo el CA quirúrgico; aproximadamente 10 mm proximales a esta línea se encuentra la "zona de transición anal" que representa la transición gradual desde un epitelio columnar más proximal al epitelio escamoso no queratinizado que no tiene estructuras anexas como folículos pilosos o glándulas. La LP se encuentra rodeada por pliegues longitudinales de la mucosa, conocidos como columnas de Morgagni, en las que se vacían las criptas anales(15,17). El esfínter anal, de gran importancia fisiológica se encuentra constituido por cuatro músculos, que se describen en dos capas, una interna compuesta por el músculo esfínter anal interno (EAI) y la capa muscular longitudinal (CML). Por otra parte, la capa externa está compuesta por el MPR y EAE(20).

El suministro vascular anorrectal se realiza a través de tres arterias, que irrigan el tercio proximal, medio y distal del CA y son(20):

- Arteria rectal superior, rama terminal de la arteria mesentérica inferior. Por su calibre la más importante, se divide terminalmente en una rama izquierda única y dos derechas conformando sendos plexos submucosos.
- Arteria rectal media surge de la arteria ilíaca interna, los vasos rectales medios abordan al recto por su cara lateral, perforan la muscular, y sus ramas tienen múltiples anastomosis con las otras dos arterias rectales.
- Arteria rectal inferior que surge de la arteria pudenda interna, rama de la arteria ilíaca interna, emite las ramas rectales inferiores que alcanzan el margen anal en la región posterolateral.



Las venas del recto proceden de dos plexos muy desarrollados: los hemorroidales interno y externo, el límite anatómico que divide estos dos plexos es la LP. El drenaje venoso del CA es paralelo al arterial, en consecuencia, la sangre de los cojines anales se drena a través de ambas circulaciones, sistémica y portal a través del plexo hemorroidal interno y portal a través del plexo hemorroidal externo. La clasificación de las hemorroides dependerá del plexo hemorroidal comprometido, de este modo las hemorroides podrán ser internas, externa o mixtas si se evidencian ambos plexos venosos afectados(1,15,20).

El plexo venoso hemorroidal interno se ubica por vía submucosa profundo a las columnas de Morgagni entre la LP y el anillo anorrectal, terminando finalmente en tres posiciones: lateral izquierdo, anterior derecho y posterior derecho. Debido a su origen endodérmico no está inervado por fibras de dolor visceral (20). El plexo hemorroidal externo se ubica por debajo de la LP y tiene menor relevancia anatómica, está inervado por fibras nerviosas somáticas sensibles al dolor. La mayoría de las anastomosis arteriolar-venulares carecen de pared muscular; por lo tanto, son considerados como sinusoides que forma una red capilar esponjosa que se asemeja al tejido eréctil del pene (10,18).

En lo relativo a la fisiopatología de la EH se han identificado cuatro eventos centrales que son ampliamente aceptados actualmente: primero, el proceso deslizante de los cojines anales; segundo, el deterioro del tejido conectivo del cojín; tercero, la reducción del retorno venoso de las sinusoides durante la defecación; y cuarto, el estancamiento de la sangre dentro del plexo dilatado. Para mejor comprensión de estos procesos es importante describir el músculo de Treitz que consta de 2 partes distintas: el músculo submucoso anal, cuyas fibras fijan los cojines al esfínter anal interno, mientras que el ligamento de Park penetra en el esfínter interno y fija los paquetes hemorroidales al músculo longitudinal conjunto, ambas estructuras dan el soporte estructural que fija las hemorroides en su sitio anatómico (1,21).

Un aumento crónico de la presión intraabdominal, puede limitar el drenaje venoso de sinusoides durante la defecación, lo que resulta en dilatación anormal del plexo hemorroidal interno (22,23). Dado que los cojines anales y el esfínter interno se mueven en direcciones opuestas durante la deposición ambas partes del músculo de Treitz se alargan y se estiran. Los ciclos repetidos y sucesivos de alargamiento y acortamiento



resultan inicialmente en su relajación y finalmente en su degeneración (1,21). De esta manera sucede primero, deterioro funcional o anatómico del músculo de Treitz que altera la integridad del tejido conectivo. Segundo, anomalías en la calidad del colágeno conducen al deterioro de la conectividad del tejido. De hecho, se ha detectado aumento de metaloproteinasas degradadoras de fibras elásticas en estos pacientes(24). Tercero, el tejido fibroso y la hipertrofia provoca la pérdida de su elasticidad y por lo tanto, su capacidad de retraerse después de la defecación (22). Cuarto, la herencia confiere una parte en la desintegración del músculo de Treitz y el tejido conectivo de soporte(1).

El tejido conectivo relajado pierde la capacidad de soportar la red vascular y las sinusoides se congestionan pasivamente. Finalmente, aumenta la actividad interna del esfínter anal y dificulta el retorno venoso, empeorando la congestión. Además de lo anterior, la ampliación del cojín se amplifica por hipertrofia de tejido fibroso y por neovascularización. Los vasos recién formados emergen cuando se desarrolla inflamación a medida que las hemorroides empeoran(22). En consecuencia, los cojines anales se congestionan cada vez más, agrandándose y congestionándose que culmina en generar hemorroides (1,21).

La combinación de estos cambios patológicos produce el cuadro clínico que incluye sangrado transanal debido a la congestión de los sinusoides, transferidos hacia atrás a las arteriolas presinusoidales que terminan por perforarse, el sangrado es por lo tanto de origen arterial, de color característico rojo brillante (1,10). El prurito es frecuentemente referido por el paciente, este síntoma traduce irritación de la mucosa anal. Cabe señalar que el dolor en región anal es otro síntoma frecuente en esta patología pero suele presentarse más frecuentemente en las hemorroides externas debido a su inervación somática o cuando se presenta trombosis (3). Otros signos y síntomas clínicos importantes la constipación relacionada al proceso de degeneración del músculo de Treitz mencionado previamente, sensación de masa por recto, suciedad de la ropa y tenesmo, responden al proceso de hipertrofia y deslizamiento de los cojinetes vasculares (9,26). El signo clínico de prolapso resulta útil a momento de clasificar el grado de afectación de las hemorroides internas, la cuales se clasifican en cuatro grados severidad (7,25):



Grado I: vasos hemorroidales prominentes que no se prolapsan.

Grado II: vasos hemorroidales prominentes que prolapsan con la realización de la maniobra de Valsalva, pero se reducen espontáneamente.

Grado III: vasos hemorroidales prominentes que se prolapsan al igual que en el GII, pero requieren reducción manual.

Grado IV: vasos hemorroidales prominentes, prolapso crónico e irreductibles.

Se han realizado diversos estudios enfocados a determinar los factores relaciones con la EH. Es así que en varios trabajos se han descrito posibles factores relacionados a la dieta como ingesta de alcohol, condimentos entre otros; no obstante, el más relevante de ellos resulta ser el consumo de fibra deficiente observado en varios estudios y propuesto actualmente como parte del tratamiento en estos pacientes, su importancia se debe a los beneficios observados al disminuir la constipación (26,27). Otros factores relacionados al estilo de vida, como poca actividad física, lugar de residencia urbana y tipo de ocupación desarrollada, han sido identificados frecuentemente en quienes padecen esta enfermedad(28,29).

En lo relacionado al tipo al tratamiento, se recomienda en todos los grados y tipos realizar cambios en la dieta y estilo de vida (30). Las hemorroides internas de bajo grado en general se tratan de manera efectiva con modificaciones en la dieta y estilo de vida y además de tratamiento médico y / o procedimientos realizados en el consultorio, como la ligadura con banda elástica o escleroterapia. Procedimientos quirúrgicos están indicada en hemorroides de bajo grado refractarias al tratamiento médico, hemorroides de alto grado o estranguladas. Por otra parte, las hemorroides externas no requiere un tratamiento específico a menos que exista trombosis o afecte la calidad de vida del paciente (22,30).



CAPÍTULO III

3.1. Objetivo general:

- Describir las características que presentaron los pacientes diagnosticados de enfermedad hemorroidal atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso– Cuenca, en el año 2018.

3.2. Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de aparición de las características presentes en pacientes con enfermedad hemorroidal, relacionados a características demográficas como: sexo, edad, área de procedencia, ocupación.
- Identificar la presencia de antecedentes relacionados a la enfermedad hemorroidal como: consumo de fibra, hábito de fumar, actividad física y comorbilidades.
- Describir el tipo de hemorroides encontradas durante el examen físico, según el plexo hemorroidal que corresponda y su clasificación.
- Conocer los síntomas y signos que presentaron los pacientes con enfermedad hemorroidal previo al diagnóstico.



CAPÍTULO IV

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, en base a la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de EH atendidos durante el año 2018 en la consulta externa del servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca. Se procedió a recolectar la información referente a las variables de estudio y se estableció su distribución de acuerdo a las características halladas en los pacientes estudiados.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca, ubicado en la Av. Los Arupos y Av. 12 de Abril de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

En este trabajo para el cálculo de la muestra se utilizó el universo conformado por 1145 pacientes que acudieron por primera vez a consulta del servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero- diciembre del año 2018. La muestra fue calculada mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

En donde, N= 1145 (tamaño de población) Z= 1.96 (puntuación z) e= 5% (error máximo). Obteniéndose que la muestra representativa de la población corresponde a 288 pacientes diagnosticados de EH en la consulta externa del servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante todo el año 2018. Posteriormente mediante la técnica de muestreo probabilístico, se realizó un muestreo aleatorio simple, donde se asignó un número a cada paciente y se eligió aleatoriamente, mediante listas de números generados por ordenador.



4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Las historias clínicas completas de pacientes con edad igual o mayor a 15 años con diagnóstico de EH, atendidos por primera vez en el servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca durante el año 2018.

4.5. VARIABLES

Sexo	Clasificación de la hemorroide
Edad	Tipo de hemorroide interno
Área de procedencia	Dolor anal
Ocupación	Sensación de masa
Ingesta de fibra adecuada	Sangrado transanal
Hábito de fumar	Prurito
Actividad física	Tenesmo
Antecedente de Comorbilidad	Constipación

4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, se procedió a la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EH incluidas en el registro digital de historias clínicas del HVCM. Los datos fueron recolectados mediante un formulario realizado por los autores considerando las variables anteriormente planteadas (Anexo 1).

4.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos fueron recolectados durante 12 sesiones en las cuales se revisaron las historias clínicas y se procedió al llenado de los formularios. La información fue tabulada y analizada en los softwares de uso libre Apache OpenOffice versión 4.1.7 y PSPP versión 1.2.0. Las variables cualitativas fueron analizadas mediante estadística descriptiva con tablas de distribución de frecuencia, porcentajes y la variable cuantitativa



(edad) con medidas de tendencia central (media, mediana y moda). Finalmente, los resultados obtenidos en el estudio fueron interpretados por los autores.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo fue revisado por la comisión de asesoría de trabajos de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (CATI) y el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS). Posteriormente se solicitó la autorización correspondiente al departamento de docencia del Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca. La información recolectada en este trabajo de investigación mantiene bajo absoluta confidencialidad, con uso único y exclusivo de los autores, no se utilizó nombres ni datos personales en el trabajo. Los formularios utilizados fueron codificados mediante 3 dígitos en números arábigos, los autores del presente estudio, declaran la inexistencia de conflictos de interés.



CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según características demográficos de 288 pacientes con enfermedad hemorroidal atendidos en el año 2018, servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

		N	%
Sexo	Mujer	176	61.11%
	Hombre	112	38.89%
	Total	288	100%
Grupos de edad	18-39 años	77	26.74%
	40-64 años	170	59.03%
	65 o + años	41	14.23%
	Total	288	100%
	$\bar{x}=49.5$ $Me=49$ $Mo=47$ $DS= 14.2$ años		
Área de procedencia	Urbano	194	67.36%
	Rural	94	32.64%
	Total	288	100 %
Ocupación	Quehaceres domésticos	108	37.50%
	Desocupado	30	10.42%
	Agricultor	30	10.42%
	Chofer	28	9.72%
	Comerciante	27	9.37%
	Empleado privado	19	6.59%
	Albañil	17	5.90%
	Artesano	15	5.21%
	Estudiante	11	3.82%
	Otros	3	1.04%
	Total	288	100%



Análisis

En los relacionado al sexo de los pacientes incluidos en el estudio, se observó que las mujeres sufrieron con mayor frecuencia de EH que los hombres en una proporción de 1.57 a 1 mujer/ hombre. En lo que respecta a los grupos de edad se apreció que más de la mitad de pacientes fueron diagnosticados a la edad entre 40 a 64 años, otro grupo considerable de pacientes se encontró el grupo de edad entre 18 a 39 años, representado en estos dos grupos el 85.8%. Se obtuvo además que la edad media que fue de 49.5 años, moda de 47 años en 13 pacientes, el desvío estándar fue de 14.2 años y rango de edad fue de 19 a 90 años. El grupo de edad correspondiente a adultos mayores presentó una frecuencia menos elevada en este estudio. Según el área de procedencia se puede distinguir una amplia diferencia respecto a la procedencia urbana la cual fue 2.06 veces más común que el área rural.

Respecto a las ocupaciones desarrollados por los pacientes incluidos en el estudio, se logró evidenciar que la ocupación más frecuente fue la de quehaceres domésticos, la cual guarda concordancia con la alta frecuencia de mujeres observadas en este estudio. Los pacientes desocupados, agricultores, choferes y comerciantes presentaron frecuencias similares, en todos los casos aproximándose al $10\% \pm 0.4$; ocupaciones como empleado privado, albañil, estudiantes y artesanos, se hallaron en frecuencias inferiores al 7%.



Tabla 2. Distribución según antecedentes clínicos de 288 pacientes con enfermedad hemorroidal atendidos en el año 2018, servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

		N	%
Ingesta adecuada de fibra	No	215	74.7%
	Si	73	25.3%
	Total	288	100%
Hábito de fumar	No	182	73.2%
	Si	106	26.8%
	Total	288	100%
Actividad física adecuada	No	231	80.21%
	Si	57	19.79%
	Total	288	100%
Comorbilidad	Ninguna	155	53.82%
	Hipertensión arterial	29	10.06%
	Hipotiroidismo	28	9.72%
	Diabetes mellitus	21	7.29%
	Depresión	12	4.16%
	Síndrome de intestino irritable	12	4.16%
	Anemia	11	3.82%
	VIH	5	1.74%
	Artritis reumatoide	5	1.74%
	Alcoholismo	5	1.74%
	Lupus eritematoso sistémico	5	1.74%
	Total	288	100%

Análisis



En lo relacionada al consumo adecuado de fibra, se puede distinguir de manera evidente que una pequeña proporción de pacientes logran el consumo recomendado de fibra en su dieta cotidiana, en contra posición 7 de cada 10 de pacientes no incluyen en proporciones adecuadas la fibra en sus dietas.

Respecto al hábito de fumar, se observó que la proporción de pacientes que no practican este hábito se aproxima a las tres cuartas partes de casos, sin embargo, el porcentaje de pacientes fumadores sigue siendo considerable.

Los criterios de actividad física adecuada, siguiendo las recomendaciones planteadas por la OMS, fueron cumplidos en un pequeño porcentaje de pacientes, de esta manera se obtuvo que aproximadamente 8 de cada 10 pacientes, no realizaron adecuada actividad física al momento del diagnóstico.

Con la relación al antecedente de comorbilidad, el mayor porcentaje de pacientes no refería ningún antecedente de enfermedad previa. Los restantes 133 pacientes con antecedentes presentaron con mayor frecuencia hipertensión arterial e hipotiroidismo, seguido de diabetes mellitus, que afecta a un importante grupo de pacientes. Patologías como depresión, síndrome de intestino irritable y anemia se presentaron con frecuencias similares cercanas al 4%. Por último, un grupo de enfermedades como VHI, alcoholismo, lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoides presentaron una distribución simétrica.



Tabla 3. **Distribución según características de las hemorroides de 288 pacientes con enfermedad hemorroidal atendidos en el año 2018, servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso.**

		N	%
Tipo de hemorroide	INTERNA	122	42.36%
	MIXTA	113	39.24%
	EXTERNA	53	18.40%
	Total	288	100%
Grado de hemorroide interna	GRADO II	110	46.81%
	GRADO III	70	29.79%
	GRADO I	51	21.70%
	GRADO IV	4	1.70%
	Total	235	100%

Análisis

La tabla número 3, recolecta la información referente a las características de los paquetes hemorroidales durante el examen físico realizado en el servicio de coloproctología al momento del diagnóstico. En base a esta información podemos notar que las hemorroides internas se presentaron con mayor frecuencia que las hemorroides mixtas, sin embargo, la diferencia entre estos dos tipos de hemorroides no es muy amplia. En contra parte podemos visualizar que el padecimiento de hemorroides externas se encontró en aproximadamente 2 de cada 10 pacientes. En la segunda variable analizada en esta tabla se evaluó el grado de hemorroide interna, para el análisis se incluyeron a todos los pacientes con hemorroides internas y además las correspondientes a las del tipo mixto que en total representa a 235 pacientes. Se obtuvo que la hemorroide interna grado II se presentó en aproximadamente 5 de cada 10 pacientes, siguiendo en frecuencia el grado III, I y V.



Tabla 4. Distribución según características clínicas de 288 pacientes con enfermedad hemorroidal atendidos el año 2018 en el servicio de coloproctología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

	Si	%	No	%
Dolor anal	232	80.55%	56	19.44%
Sangrado transanal	208	72.22%	80	27.77%
Constipación	202	70.13%	86	29.86%
Sensación de masa	204	70.83%	84	29.16%
Prurito	180	62.50%	108	37.50%
Tenesmo	142	49.30%	146	50.69%
Prolapso mucoso	34	11.8%	254	88.2%

Análisis

En lo concerniente a características clínicas, se pudo observar que el dolor anal fue el síntoma referido con mayor frecuencia por los pacientes con hemorroides, con porcentajes similares, se encuentra siguiendo en orden de frecuencia el sangrado transanal y la constipación referida por 7 de cada 10 pacientes. La sensación de masa y prurito se presentaron con menor frecuencia, pero en ambos casos superando el 60% lo cual significa que un número considerable de pacientes la manifestaron durante el interrogatorio clínico. El tenesmo se presentó con menor frecuencia a los anteriores, aunque se afectó casi a la mitad de los pacientes estudiados. Por último, se obtuvo el hallazgo de prolapso mucoso en únicamente 34 pacientes, una cantidad significativamente menor en comparación con los hallazgos antes mencionados.



CAPÍTULO VI

DISCUSION

Se estima que en Latino América los cambios patológicos de los paquetes hemorroidales afectan al 5% de la población general, es conocido además que los síntomas relacionados a esta enfermedad, se encuentran dentro de los motivos de consulta más comunes de los servicios de Coloproctología a escala global. Debido a su alta frecuencia, el conocimiento de sus características y manifestaciones clínicas resulta relevante, ya no únicamente en el ámbito médico debido a que según consideran algunos autores, las hemorroides se ha convertido en una industria de millones de dólares(31,32).

En este estudio fue posible constatar que el número de mujeres con EH superó al de hombres, representando el 60.11% de la muestra; resultado similar fue hallado por Fulle et al, donde las mujeres con EH representaron 60% de pacientes (31). Estos datos difieren a los obtenidos en población cubana e india, donde la frecuencia de pacientes hombres representó el 54.3% y 66.6% respectivamente (4,33). Al contrastar los resultados, podemos encontrar diferencia entre el sexo predominante según la población estudiada. Sin embargo, la distribución presenta porcentajes próximos al 50% \pm 10%, estas frecuencias parecen sustentar la actual consideración de la existencia de distribución casi similar entre ambos sexos(6,29,30).

En lo relativo a la edad, se obtuvo que el 59.03% de pacientes fueron diagnosticados a la edad de entre 40 a 64 años, mientras que el 26.74% entre 18 a 39 años; la edad media fue de 49.5 años. Estas datos están en conformidad con los descritos por Khan et al, que señalan mayor prevalencia en el grupo de edad \geq 40 (58.2%), menciona además que la prevalencia presenta un patrón hiperbólico con un pico entre las edades de 45-65 años(29); de manera similar, Peery et al, revelaron mayor incidencia en pacientes mayores a 40 años con una edad media de 58.7 años, superior a la calculada en este estudio, que fue de 49.5 años (34). En contra parte, varios trabajos exponen mayor prevalencia en el grupo de edad de entre 18 a 39 años, donde la EH fue más común a edades más tempranas que en nuestra población, a pesar de grupo de edad específico se observó en todos los trabajos mayor incidencia en la edad adulta, superando notablemente al grupo de adultos mayores (35,36).



Se evaluó, el área de procedencia, debido a la disparidad en el estilo de vida y dieta que mantienen los residentes del área rural y urbana. Se obtuvo que el área urbana superó a la rural con porcentajes del 67.36% y 32.64% respectivamente. Coulibaly et al, detectaron que el 90.71% de pacientes con EH residían en el área urbana, mientras el restante 9.29% en área rural. Los datos son consistentes con la literatura que establece la relación de esta patología con el nivel socioeconómico más alto y vida citadina(28). No fue posible obtener más datos actuales que analicen esta variable en sí; no obstante, es posible analizarlo indirectamente según la ocupación practicada por los pacientes.

Las ocupaciones ejercidas por los pacientes más frecuentes fueron: quehaceres domésticos (37.5%), desocupados y agricultores (10.42%), choferes (9.72%) y comerciantes (9.37%). Quehaceres fue identificada también como la ocupación más común en la población cubana, aunque con la frecuencia en esta investigación la duplica (4). Ali y Shoeb reportaron que las ocupaciones más frecuencia fueron: agricultores (60%), estudiantes (15%), quehaceres domésticos (15%) y comerciantes (10%) (33), este estudio muestran alta prevalencia de EH en agricultores, dato muy distinto a nuestros resultados. Por otra parte Khan et al, reportan que los pacientes desempleados predominaron (30.29%), seguido de comerciante (15.6%) y conductores (14.4%) (29). El comparar los datos obtenidos, es posible observar que las ocupaciones más comunes se repiten en las distintas muestras, aunque, las frecuencias con las que se observan no guardan similitud y varían considerablemente en los distintos trabajos.

Se examino el antecedente de consumo de fibra donde se obtuvo que el 25.3% de pacientes logran o superan el consumo recomendado, mientras que fue deficiente en el restante 74.7% de pacientes. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Malviya et al, quienes exponen que el 73.9% de pacientes con EH manifestaron mantener una dieta baja en fibra (36). De igual manera, Hernández et al, en dos estudios sobre caracterización de la EH, reportaron que el 80,6% y 65% respectivamente refirieron contenido medio-bajo de fibra en la dieta (4,11). Los resultados obtenidos en todos los estudios muestran una clara deficiencia en los requerimientos óptimos de fibra, en todas las poblaciones estudiadas.



Respecto al hábito de fumar se obtuvo que, el 26.8% de pacientes eran fumadores. Estudios mencionados previamente, realizados en población cubana revelaron que el porcentaje de fumadores fue de 15.9% y 20.6% respectivamente (11,4). En contraste, un estudio realizado en 1074 pacientes con EH, reportó que el 11% de ellos eran fumadores habituales, mientras que el 38% eran ocasionales (34). Tomando a consideración los estudios referidos, es posible observar que el número de fumadores fue ligeramente superior en nuestra población, sin embargo, los resultados obtenidos en otras poblaciones mantienen concordancia, ya que en todos los casos el porcentaje de pacientes no fumadores fue muy superior al de fumadores.

Este estudio evidenció que el 19.79% de pacientes si dedicaban el tiempo adecuado de actividad física semanalmente, mientras que el 80.21% no lo realizaba en forma suficiente. Hernández et al, que únicamente el 34.5% de pacientes realizaban actividad física, estos datos son consistentes a los obtenidos por Khan et al, donde el grupo que realizaba adecuada actividad física representó el 11% (29). La actividad física deficiente es un factor que se ha presentado de manera predominante en todos los grupos de estudios, de modo que el estilo de vida sedentario se considera un factor de riesgo para desarrollar EH según el trabajo realizado por Peery et al (34).

Se obtuvo además que el 53.82% de pacientes no presentaba comorbilidades; en el grupo restante se observó que las tres patologías más frecuentes fueron hipertensión arterial (10.06%), hipotiroidismo (9.72%) y diabetes mellitus (7.29%). Dos estudios referidos en párrafos anteriores, hallaron que las patologías presentes con mayor frecuencia fueron hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, constipación y diabetes mellitus (4,11). Existe similitud en lo hallado en este y otros estudios ya que la hipertensión arterial, diabetes y constipación fueron patologías más comúnmente encontradas en pacientes con EH. No obstante, el antecedente de hipotiroidismo prevalente en nuestra población no figura entre las patologías frecuentes de los trabajos citados. Es teóricamente posible que el hipotiroidismo esté relacionado con la etiología de la EH, debió a la constipación secundaria que produce. Sin embargo, no fue posible obtener bibliografía que relacione estas dos patologías.



Las hemorroides internas se encontraron en el 42.36%, hemorroides mixtas en el 39.24% y externas en el 18.4% de casos; según el tipo de hemorroide interna se obtuvo en orden de frecuencia grado II (46.81%), III (29.79%), I (21.7%) y IV (1.7%). Huayamave y Orozco hallaron que las hemorroides internas se presentaron el 48.5% y mixtas en el 51.5%, es posible observar que las hemorroides internas se encontraron en un porcentaje muy aproximado al de nuestro estudio, por otra parte las hemorroides mixtas fueron halladas con mayor frecuencia en el estudio referido(12). Malviya et al, en su trabajo reportan hemorroides externas en el 15.8% frecuencia similar a las descrita en este trabajo. Las distribuciones hallados en este trabajo respecto al grado de hemorroide interna difieren a las reportadas en la literatura médica donde según la frecuencia se ordenan en grado III, IV, II y I(31,36). Al cotejar la información se evidencian que el grado II fue el más frecuente hallado en nuestro estudio lo cual discrepa con los resultados obtenidos en los estudios previamente mencionados. Es también conveniente notar que la elevada frecuencia del grado de hemorroide interna II y I guarda relación con la escasa frecuencia de prolapso hallado en el 11.8% de pacientes.

Los síntomas y signos más comúnmente referidos fueron: dolor anal (80.55%), sangrado transanal (72.22%), constipación (70.13%), sensación de masa (70.83%) y prurito (62.5%), síntomas menos frecuentes fueron la sensación de tenesmo y prolapso mucoso. Dos estudios enfocados en la característica clínicas de la EH, ubican como síntomas más frecuentes el sangrado transrectal, dolor en región anal y constipación (28,33). Las características clínicas de la EH suele manifestarse con uno de estos síntomas o combinación de ellos, como se corrobora previamente el dolor y sangrado en región anal son posiblemente los síntomas que con mayor frecuencia motivan acudir a consulta médica; de igual interés resulta el antecedente de constipación, considerado dentro de los factores etiológicos de la EH, la frecuencia de aparición de este trastorno ha sido hallado en el 65% o incluso hasta en el 87% de pacientes (29,35). Ravindranath et al, describe en su estudio que la sensación de masa en región anal se halló en el 59% de pacientes, mientras que el prurito represento el 11%; en nuestra población ambos síntomas se encontraron con mayor frecuencia, aunque la diferencia más significativa fue el prurito que fue muy superior en nuestra población.



CAPITULO VII

7.1. CONCLUSIONES

En la presente investigación se logró describir satisfactoriamente ciertas características frecuentes halladas al momento del diagnóstico en pacientes con EH, la información obtenida responde al objetivo general planteado en este estudio, ya que mediante el cual se obtuvo información útil respecto al cuadro clínico, ciertas características demográficas y antecedentes de los pacientes con esta patología.

La investigación realizada determinó que la EH en nuestra población fue más frecuente en mujeres, y personas adultas entre 40 a 64 años, edad media de 49.2 DS 14.6 años, de procedencia urbana que desempeñaban quehaceres domésticos, agricultura o no realizaban actividades laborales (desocupados).

Los antecedentes de pacientes con EH revelaron que en su mayoría consumen cantidades insuficientes de fibra, no practican el hábito de fumar, pero tampoco cumplen con las recomendaciones relacionadas a la actividad física. Al momento de presentación de la EH en general no suelen padecer comorbilidades y quienes la padecen frecuentemente sufren de hipertensión arterial, hipotiroidismo o diabetes.

Al examen físico se encontró predominantemente hemorroides internas de grado II aunque las mixtas afectaron a un número casi similar de pacientes. Su clínica de presentación incluye generalmente dolor, sangrado transanal y constipación, mientras que el tenesmo y prolapso mucoso, fueron menos frecuentes en este grupo de estudio.

Se observó que varias características mencionadas en este trabajo sugieren un estilo vida y dieta factibles de modificación, además podemos afirmar que, pese a ello, el grado de afectación de hemorroide oscilo mayormente entre los grados menos graves de hemorroide interna.



7.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Incluir en la historia clínica de pacientes, datos relacionados a características socioeconómicas, tipo de dieta y componentes de ella, posiblemente relacionados a la etiología de EH; igualmente se recomienda recolectar información relativa al tipo de actividad física.
- Realizar un estudio prospectivo a fin de determinar el impacto que genera en los pacientes con esta patología la corrección en aspectos relacionados al estilo de vida como la actividad física o consumo fibra.
- Diseñar un trabajo de similares características en otro centro de atención con el propósito de cotejar resultados con los obtenidos en la presente investigación y obtener un perfil más preciso de pacientes afectados de hemorroides.
- Investigar la posible asociación entre las comorbilidades encontradas. De manera más concreta se recomienda establecer la relación entre hipotiroidismo y EH, hallada en una proporción considerable en nuestra población.
- Sociabilizar los resultados entre profesionales de la salud encargados del primer nivel de atención, de manera que se dispongan de datos reales de nuestra población que permitan facilitar el diagnóstico y orientar medidas de prevención



CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Margetis N. Pathophysiology of internal hemorrhoids. *Annals of Gastroenterology* [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/earlyview/2019/ev-01-2019-19-AG4360-0355.pdf>
2. Scott C Thornton. Hemorrhoids: Background, Anatomy, Etiology and Pathophysiology. 13 de mayo de 2019 [citado 23 de mayo de 2019]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/775407-overview#a7>
3. Jacobs D. Hemorrhoids. Solomon CG, editor. *New England Journal of Medicine*. 4 de septiembre de 2014;371(10):944-51.
4. Bernal H, Sierra C, Álvarez C, María K, Bauta M, Silva V, et al. Caracterización de las hemorroides agudas en la población cubana, octubre 2015 – marzo 2016. 2018;7.
5. Brown SR. Haemorrhoids: an update on management. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. octubre de 2017;8(10):141-7.
6. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis*. 1 de febrero de 2012;27(2):215-20.
7. Robertson S. Epidemiology of Hemorrhoids [Internet]. *News-Medical.net*. 2017 [citado 23 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.news-medical.net/health/Epidemiology-of-Hemorrhoids.aspx>
8. Peery AF, Crockett SD, Barritt AS, Dellon ES, Eluri S, Gangarosa LM, et al. Burden of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States. *Gastroenterology*. diciembre de 2015;149(7):1731-1741.e3.
9. Aguilar FA, Núñez RA, Escobar VA, li LA, Llano FFL, Cázares MA, et al. Consenso de Hemorroides. 2010;16(3):11.
10. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids: Diseases of the Colon & Rectum. marzo de 2018;61(3):284-92.
11. Hernández-Bernal DF, Valenzuela-Silva CM, Catasús-Álvarez KM, Lazo-Diago DOC, Reinier I, Bermúdez-Badell DCH, et al. Caracterización epidemiológica de la enfermedad hemorroidal aguda en hospitales seleccionados en Cuba (noviembre de 2011 a enero 2012). *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2014;15.



12. Orozco F RG. ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL. 2015;42.
13. Vargas LópezVictoria LCA. Patología anorectal frecuente en atención primaria. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 29 de abril de 2016;6, II:11-25.
14. Guerra L. Historia sucinta de las hemorroides. Apuntes de Ciencia & Sociedad [Internet]. 30 de marzo de 2016 [citado 14 de mayo de 2019];06(01). Disponible en: <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/355>
15. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, editores. Schwartz's principles of surgery. Tenth edition. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
16. T.W. Sadler. Embriología Médica. 14.^a ed. LIPPINCOTT CASTELLANO; 2015. 422 p.
17. Carmichael JC, Mills S. Anatomy and Embryology of the Colon, Rectum, and Anus. En: Steele SR, Hull TL, Read TE, Saclarides TJ, Senagore AJ, Whitlow CB, editores. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [citado 21 de mayo de 2019]. p. 3-26. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-25970-3_1
18. Mahadevan V. Anatomy of the rectum and anal canal. 2016;5.
19. Lee JM, Kim NK. Essential Anatomy of the Anorectum for Colorectal Surgeons Focused on the Gross Anatomy and Histologic Findings. Annals of Coloproctology. 30 de abril de 2018;34(2):59-71.
20. SWERESWEZSKI J MITTIDIERI V, Galindo F. Anatomía quirúrgica rectoanal [Internet]. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva. Vols. III-360. 2017. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/>
21. Yang HK. Hemorrhoids [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2014 [citado 20 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.springer.com/gp/book/9783642417979>
22. Ganz RA. The Evaluation and Treatment of Hemorrhoids: A Guide for the Gastroenterologist. Clinical Gastroenterology and Hepatology. junio de 2013;11(6):593-603.
23. Fox A, Tietze PH, Ramakrishnan K. Anorectal conditions: hemorrhoids. FP Essent. abril de 2014;419:11-9.
24. Serra R, Gallelli L, Grande R, Amato B, De Caridi G, Sammarco G, et al. Hemorrhoids and matrix metalloproteinases: A multicenter study on the predictive role of biomarkers. Surgery. febrero de 2016;159(2):487-94.
25. Trompetto M, Clerico G, Cocorullo GF, Giordano P, Marino F, Martellucci J, et al. Evaluation and management of hemorrhoids: Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement. Techniques in Coloproctology. octubre de 2015;19(10):567-75.



26. OMS | Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles [Internet]. WHO. [citado 23 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/
27. Salud S de. ¿Cuánta fibra dietética se debe consumir? [Internet]. gob.mx. [citado 23 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/cuanta-fibra-dietetica-se-debe-consumir>
28. Coulibaly A, Kafando R, Somda KS, Doamba C, Koura M, Somé CC, et al. The Haemorrhoids' Pathology: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Evolutionary Aspects. *Open Journal of Gastroenterology*. 2016;06(11):343-52.
29. Khan RM, Malik I, Ansari AH, Zulkifle M, . E. A STUDY ON ASSOCIATED RISK FACTORS OF HAEMORRHOIDS. *Journal of Biological & Scientific Opinion*. 3 de marzo de 2015;3(1):36-8.
30. Lohsirawat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World Journal of Gastroenterology*. 2015;21(31):9245.
31. Fulle C. A, Moreno L. P, Quezada D. F, Carvajal G. G, Briones N. P, Kusanovich B. R, et al. Evolución de síntomas a corto plazo y grado de satisfacción del paciente tras hemorroidectomía convencional. *Revista chilena de cirugía*. 2018;70(3):233-40.
32. Cosman BC. Piles of Money: "Hemorrhoids" Are a Billion-Dollar Industry. *American Journal of Gastroenterology*. mayo de 2019;114(5):716.
33. Ali SA, Shoeb MFR. Study of risk factors and clinical features of hemorrhoids. *International Surgery Journal*. 24 de mayo de 2017;4(6):1936.
34. Peery AF, Sandler RS, Galanko JA, Bresalier RS, Figueiredo JC, Ahnen DJ, et al. Risk Factors for Hemorrhoids on Screening Colonoscopy. *Green J, editor. PLOS ONE*. 25 de septiembre de 2015;10(9):e0139100.
35. Ravindranath GG, Rahul BG. Prevalence and risk factors of hemorrhoids: a study in a semi-urban centre. *International Surgery Journal*. 25 de enero de 2018;5(2):496.
36. Malviya DVK, Sainia K. Demographic study of hemorrhoid with analysis of risk factors. *International Journal of Surgery*. 5(1):7.



CAPITULO IX

ANEXOS

ANEXO 1: Formulario de Registro

CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL AÑO 2018

N° DE HISTORIA CLINICA:

--	--	--	--

Código de registro

Instrucciones: complete los espacios en blanco y marque con una X las opciones que correspondan.

DATOS DEL PACIENTE

SEXO: Hombre
Mujer

EDAD: _____ años cumplidos.

ÁREA: Urbano
Rural

OCUPACIÓN:

.....



HABITOS DEL PACIENTE

	SI	NO
Ingesta adecuada de fibra		
Hábito de fumar		
Realiza actividad física adecuada		

¿EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA COMORBILIDAD?

SI NO

¿Cual?

TIPO DE HEMORROIDE

INTERNA EXTERNA MIXTA

TIPO DE HEMORORIDE INTERNA

GI

GII

GIII

GIV

EL PACIENTE PRESENTÓ O NO LOS SIGUIENTES SINTOMAS O SIGNOS

SINTOMA	SI	NO
Dolor anal		
Sensación de masa		
Sangrado transanal		
Prurito		
Tenesmo		
Constipación		

Otros: _____

**ANEXO 2: Operalización de variables**

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Sexo	Conjunto de características físicas que definen a hombres y mujeres	Fenotipo	Características fenotípicas	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento al momento del diagnóstico	Tiempo en años	Años cumplidos	Intervalo 1. 18 a 39 2. 40 a 64 3. 65 años o más
Área de procedencia	Tipo de lugar geográfico donde reside	Geográfica	Tipo de lugar de residencia regular en los últimos 12 meses	Nominal 1. Urbano 2. Rural
Ocupación	Conjunto de funciones, y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás a	Social	Según registro de historia clínica	Nominal 1. Agricultor 2. Albañil 3. Artesano 4. Chofer 5. Comerciante 6. Empleado privado 7. Estudiante 8. Quehaceres domésticos 9. Desocupado
Ingesta de fibra adecuada	Ingesta de 25 g de fibra al día recomendada por la OMS.	Nutrición	Cantidad de fibra ingerida	Nominal 1. Si 2. No
Hábito de fumar	Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.	Social	Consumo de cigarrillos	Nominal 1. Si 2. No
Actividad física adecuada	Realiza mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada.	Biológico	Duración de la actividad física mínimo 150 minutos semanales.	Nominal 1. Si 2. No
Comorbilidad	Presencia simultanea de otra patología independiente a la enfermedad hemorroidal	Clínica	Presencia de otra enfermedad	Nominal 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes mellitus 2 3. Hipotiroidismo 4. Depresión 5. Anemia 6. Síndrome de intestino irritable 7. VIH 8. Artritis reumatoidea 9. Alcoholismo 10. Lupus Eritematoso sistémico



Clasificación de la hemorroide	Clasificación según el plexo que corresponde interno o externo	Clínica	Se evidencia durante el examen físico	Nominal 1. Externa 2. Interna 3. Mixta
Tipo de hemorroide interno	Clasificación de las hemorroides internas según prolapso y reducción	Clínica	Se evidencia durante el examen físico	Nominal 1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III 4. Grado IV
Dolor anal	Descrito como dolor o irritación localizado a nivel del ano.	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No
Sensación de masa	sensación referida por los pacientes como tumoración dentro del conducto anal	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No
Sangrado transanal	Evidencia de salida de sangre a través del conducto anal.	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No
Prurito	Sensación de escozor o picor localizado a nivel anal principalmente posterior a la evacuación.	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No
Tenesmo	Sensación de eliminación incompleta del contenido del conducto anal	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No
Constipación	Condición patológica con movimiento intestinal irregular, produce defecación infrecuente y esfuerzo defecatorio.	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No
Prolapso Mucoso	Evidencia clínica de protrusión de la mucosa rectal a través del ano, tras realización de la maniobra de Valsalva o espontánea, debida a cambios patológicos del tejido de sostén.	Clínica	Refiere el paciente y consta en la historia clínica	Nominal 1. Si 2. No