



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 20 VALLEJO**

**“CONGRUENCIA DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL
ENTRE LA REFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y LA
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HGZ N°. 24.”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DELTHA CLAUDIA RAMÍREZ RODRÍGUEZ.

TUTOR:

DR. VÍCTOR MANUEL HERNÁNDEZ AGUIRRE

ASESOR METODOLOGICO:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

GENERACIÓN 2014-2017



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CIUDAD DE MEXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTOR:

**DR. HERNÁNDEZ AGUIRRE VÍCTOR MANUEL
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COLOPROCTOLOGÍA
DEL HGZ. N° 24.**

ASESORA METODOLOGICA:

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20 IMSS**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 20 IMSS**

Vo. Bo.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR UMF 20 IMSS**

AGRADECIMIENTOS

A Dios le agradezco siendo el eje sobre el que me muevo y la plataforma en la que me mantengo firme en este mundo.

A mis maestros que fueron luz en el camino de la sabiduría.

A mi familia por su fe en mí, su apoyo moral invaluable.

A mis amigos que comprendieron con el paso de los días lo que significa para mí la medicina.

INDICE

1. Resumen	
2. Introducción	1
3. Marco teórico	2
4. Planteamiento del problema	14
5. Objetivos	15
6. Hipótesis	16
7. Sujetos, material y método	17
8. Resultados	24
9. Discusión	29
10. Conclusiones	32
11. Recomendaciones.	33
12. Bibliografía	34
13. Anexos	37

RESUMEN

CONGRUENCIA DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL ENTRE LA REFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HGZ N°. 24.

RAMIREZ-RODRIGUEZ DC¹; HERNANDEZ-AGUIRRE VM²; AGUIRRE-GARCIA MC³.

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Coloproctología adscrito al HGZ. N° 24
3. Profesor Titular del curso de especialización médica en Medicina Familiar UMF20

Introducción: Dentro de la patología anorectal, la enfermedad hemorroidal es la más frecuente, sin embargo existen otras entidades que son clínicamente subdiagnosticadas, referidas a coloproctología como enfermedad hemorroidal.

Objetivo. Determinar la congruencia diagnóstica de la enfermedad hemorroidal entre la referencia del primer nivel de atención y la consulta externa del servicio de coloproctología del HGZ N°. 24.

Material y métodos: Estudio Retrolectivo, descriptivo; se revisaron previo consentimiento informado de las autoridades 177 expedientes de coloproctología que cumplieron los criterios de selección, con búsqueda intencional de hallazgos clínicos para determinar la congruencia clínica y diagnóstica de enfermedad hemorroidal, en el periodo comprendido entre el 01 enero del 2013 al 31 de diciembre del 2014. Estadística descriptiva.

Resultados: La congruencia diagnóstica se determinó en el 77.4% (n=137) de los pacientes referidos con enfermedad hemorroidal; predominó el sexo femenino en el 59.9% (n=82); el intervalo de edad osciló entre 30 a 49 años en un 56.2% (n=77).

Conclusiones. Se determinó que si existe congruencia diagnóstica de la enfermedad anorectal en el primer nivel de atención; no así en la terapéutica empleada.

Palabras Claves: enfermedad hemorroidal, congruencia diagnóstica, primer y segundo nivel de atención.

SUMMARY

DIAGNOSTIC CONGRUENCE OF HEMORRHOIDAL DISEASE BETWEEN THE REFERENCE OF THE FIRST LEVEL OF ATTENTION AND THE EXTERNAL CONSULTATION OF THE COLOPROTOLOGY SERVICE IN THE HGZ NO. 24

RAMIREZ-RODRIGUEZ DC1; HERNANDEZ-AGUIRRE VM2; AGUIRRE-GARCIA MC3.

1. Resident of the especialization course in family medicine UMF 20.
2. Specialist physician in family medicine and Coloproctology, Attached to the HGZ. N° 24
3. Titular Professor of the specialization course in family medicine. UMF 20

Introduction: Within the anorectal pathology, hemorrhoidal disease is the most frequent, however there are other entities that are clinically underdiagnosed, referred to coloproctology as hemorrhoidal disease.

Objective. To determine the diagnostic congruence of hemorrhoidal disease between the reference of the first level of attention and the external consultation of the coloproctology service in the HGZ no. 24

Material and methods: descriptive retrolective study ; 177 coloproctology records that fit the selection criteria were reviewed with previous informed consent of the authorities, with the only intention to search for clinical findings that serve to determine the clinical and diagnostic congruence of hemorrhoidal disease in the period from 01 January 2013 to 31 December Of 2014. Descriptive statistics.

Results: The diagnostic congruence was determined in 77.4% (n = 137) of patients referred with hemorrhoidal disease; Women predominated in 59.9% (n = 82); The age range oscillated from 30 to 49 years in 56.2% (n = 77).

Conclusions. It was determined that diagnostic congruence of anorectal disease does exist in the first level of care; but does not in the therapeutics used.

Key terms: hemorrhoidal disease, diagnostic congruence, first and second level of care

**CONGRUENCIA DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL
ENTRE LA REFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y LA
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HGZ N°.
24.**

INTRODUCCIÓN

La causa más frecuente de sangrado anorectal es la enfermedad hemorroidal; y ésta ocupa una incidencia a nivel mundial de 20 millones de casos anuales reportados, en México la población afectada es de aproximadamente un 5%.

La congruencia diagnóstica en base a la anamnesis y a los hallazgos clínicos encontrados es fundamental ya que permite hacer diagnósticos diferenciales desde la primera atención médica en las unidades de medicina familiar.

El diagnóstico no asertivo de la patología perianal no es necesariamente porque el médico familiar carezca de capacitación formal suficiente en este campo, es más bien el diferir la exploración ano rectal y dentro de las causas están los factores psicosociales, culturales e incluso administrativos; generando que otras patologías sean subdiagnosticadas por el médico de primer contacto, atribuyéndole el diagnóstico genérico de enfermedad hemorroidal, existiendo incongruencia clínico-diagnóstica, limitando la terapéutica correcta y en su caso la pronta derivación e intervención por parte del segundo nivel de atención si así se requiriera.

Con el fin de permitir una calidad de vida para el paciente, reduciendo tiempo, costos e incapacidades a nivel institucional es justificable la importancia de la congruencia diagnóstica en el primer nivel de atención; haciendo énfasis en la no omisión de la exploración anorectal.

Se debe promover el interés del médico familiar en tener presente la congruencia clínica y diagnóstica en padecimientos anorrectales, que si bien no son un problema de salud pública si interfieren con la calidad de vida de los pacientes atendidos en unidades de medicina familiar con o sin comorbilidades aunadas.

MARCO TEÓRICO

La anatomía del ano y recto como unidad incluye la piel perianal, el canal anal, los esfínteres anales y el recto distal. La línea pectínea está situada a 2 cm. del margen anal, constituida por la unión de las válvulas anales, puentes epiteliales tendidos entre los límites distales de las columnas de Morgagni, pliegues de mucosa intestinal que protruyen en la luz rectal, dejando entre sí surcos denominados criptas, éstas presentan en su vértice la desembocadura de las glándulas anales. El aparato esfinteriano está constituido por el esfínter interno que es el engrosamiento y prolongación distal de la musculatura circular lisa del recto, responsable del tono involuntario del ano y el esfínter externo es estriado y rodea a todo el conducto anal, es el responsable del control voluntario, de la continencia y de la evacuación rectal y el elevador del ano que está formado por un haz central, el puborrectal y dos laterales, íleo coccígeo y pubococcígeo, que completan el cierre del piso pelviano. El espacio interesfinteriano es el espacio más importante en el origen y difusión de los procesos infecciosos perianales. ^{1, 2, 3, 4,5}

Inervación y vascularización. La región rectoanal está inervado por el sistema nervioso autónomo, simpático y parasimpático. Vascularización arterial; consta de 3 sistemas: hemorroidal superior, continuación de la arteria mesentérica inferior, por detrás del recto hacia la parte más alta del conducto anal. La hemorroidal inferior, es rama de las arterias pudendas internas, irrigan los esfínteres anales. Las hemorroidales medias entran en la porción más baja del recto por la región anterolateral. Drenaje venoso y linfático está dado a través de las venas hemorroidales superiores y la vena mesentérica inferior, el plexo hemorroidal inferior drena en la vena iliaca interna, por medio de la vena hemorroidal media o de la vena pudenda. Drenaje linfático: ganglios linfáticos mesentéricos inferiores. ^{1, 4}

El conocimiento de la anatomía del conducto anal y región perianal es la primera pauta en la práctica clínica que nos permite realizar un correcto diagnóstico a través de la exploración física. ^{1, 2, 3,4}

La patología benigna anorectal comprende una vasta cantidad de entidades de muy diversos orígenes, congénitas o adquiridas, inflamatorias o tumorales; sin embargo ha recibido menos atención en la bibliografía científica clínica. En nuestro medio, dentro de las patologías que predominan en el servicio de coloproctología se encuentra en primer lugar la enfermedad hemorroidal, le siguen la fistula anal, la fisura anal, verrugas anogenitales, rectorragia no clasificada y la colitis ulcerativa entre otras. ^{1, 3, 4}

La patología perianal cobra importancia ya que el principal motivo de consulta es la hemorragia transanal. El paso de sangre de color rojo brillante por el recto es un síntoma frecuente, que el paciente suele atribuir casi siempre a

hemorroides; en efecto, las hemorroides son la causa más frecuente de sangrado rectal. Sin embargo, es importante tener presente una lista de posibles causas de este síntoma. Dentro de las causas generales se encuentra la diátesis hemorrágica (rara), y dentro de las causas locales están la enfermedad hemorroidal, fisura anal, fístula perianal, tumores de colon y recto benignos y malignos, enfermedad diverticular, colitis ulcerosa, traumatismo, angiodisplasia del colon. ⁵

Las hemorroides representan un estado anatómico normal, y ocasionan síntomas cuando presentan alteraciones estructurales del tejido hemorroidal o de los tejidos adyacentes y se vuelven sintomáticas al presentar aumento de la presión venosa dando lugar a hemorragia o protrusión. Se define a la enfermedad hemorroidal como el conjunto de síntomas y signos que afectan a las hemorroides internas o externas (dolor anal, prurito anal, goteo o hasta hemorragia rectal no mezclada con las heces, secreción mucosa proveniente del recto, ano húmedo, tumoración o sensación de cuerpo extraño o en su caso prolapso) atribuibles al tejido hemorroidal, secundario a alteraciones estructurales de los plexos venosos hemorroidales; dilatación, ingurgitación y proceso inflamatorio y/o de los tejidos de sostén. ^{6, 7,8}

La enfermedad hemorroidal tiene una incidencia mundial con un total de 20 millones de casos anuales reportados; a nivel nacional ocupa una incidencia del 5% aproximadamente, de éstos el cincuenta por ciento de las personas mayores de 40 años tienen algún grado de enfermedad hemorroidal con una prevalencia mayor por el sexo masculino de 3:1, acompañándose de diversos síntomas. ^{9,10,11,12,13,14}

Es agente causal de enfermedad hemorroidal todo elemento que provoque la alteración del tejido conectivo y la pérdida de la fijación de los cojinetes a través del esfuerzo excesivo y la elevación de la presión abdominal incrementa la ingurgitación venosa del plexo hemorroidal y causan prolapso de éste. Actualmente se reconocen como factores que deterioran el tejido conectivo: la edad, la herencia, el estreñimiento, el embarazo, diarreas de repetición, el estar de pie o sentado durante periodos prolongados, pujo al momento de la defecación, dieta baja en fibra etc. ^{4, 7, 8}

La clasificación de las hemorroides está determinada por la situación anatómica y el cuadro clínico. Se clasifican en internas que son las que constituyen un plexo de las venas hemorroidales superiores por arriba de la unión mucocutánea y las externas del plexo hemorroidal inferior que se presentan por debajo de la unión mucocutánea entre los epitelios del conducto anal y la piel de la región perianal. ^{1, 2,4 5}

CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORROIDES INTERNAS	
Grado	Características clínicas
I	Permanece en el recto, no pasas a través del ano. Existe abultamiento de los paquetes hemorroidales internos a la maniobra de Valsalva, sin prolapso.
II	Existe protrusión de los paquetes hemorroidales internos por debajo de la línea dentada con el esfuerzo, reduciéndose de manera espontánea al finalizar éste.
III	Los trayectos hemorroidales internos se prolapsan a través del conducto anal al momento de la defecación o con algún esfuerzo y requieren de una reducción manual
IV	Los trayectos hemorroidales internos se encuentran permanentemente prolapsados sin lograr reducirse con maniobras externas.

Fuente. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención. SS-003-08. ¹¹

La sintomatología es característica de acuerdo a su clasificación. Las hemorroides internas tienen como primer síntoma el sangrado, sangre de color rojo brillante, no mezclada con las heces, que puede variar en cantidad, gota o estrías en el papel sanitario, en chorro al momento de la defecación hasta cantidades suficientes para hacerse notorias en el agua; en segundo lugar se encuentra el prolapso rectal, el grado se establece de acuerdo con la extensión del prolapso. Las hemorroides de primer grado abultan el conducto anal y pueden prolapsarse más allá de la línea dentada con esfuerzos. Las hemorroides de segundo grado se prolapsan a través del ano pero se reducen de manera espontánea. Las hemorroides de tercer grado se prolapsan a través del conducto anal y deben reducirse en forma manual. Las hemorroides de cuarto grado se prolapsan pero no pueden reducirse y tienen riesgo de estrangularse. Esto puede generar síntomas como sensación de masa anal, así como ano húmedo. Rara vez causan dolor ya que se hallan cerca de la línea dentada y están recubiertas por mucosa anorrectal insensible; a menos que se trombosen y necrosen. ^{1, 3, 4,5}

Las hemorroides externas al estar recubiertas con anodermo que tiene inervación abundante y trombosarse generan dolor considerable. Un apéndice cutáneo es piel fibrosa redundante en el borde anal que persiste como residuo de una hemorroide externa trombosada con frecuencia se confunden con hemorroides sintomáticas. Las hemorroides externas y los apéndices cutáneos

pueden causar prurito y dificultades para la higiene si son grandes. Por lo tanto dentro de la clínica de las hemorroides externas sus tres signos y/o síntomas principales dolor tumoración y prurito anal. ^{1, 3, 4,11}

Las hemorroides internas y externas combinadas se encuentran a horcajadas en la línea dentada y tienen las características clínicas de ambas.⁴

En la enfermedad hemorroidal que tiene como signo predominante la rectorragia se debe tener presente diagnósticos diferenciales; enfermedad diverticular, pólipos adenomatosos, colitis ulcerativa, fisura anal, absceso perianal, fístula perianal, carcinoma de colon y recto y otras enfermedades menos comunes de colon y recto. También se debe considerar la posibilidad de otra patología coexistente incluyendo prolapso rectal, papila anal hipertrófica, colgajos cutáneos, fisura, infecciones perianales. Se deberá diferenciarse el prolapso rectal del prolapso de la mucosa por hemorroides internas. Los condilomas perianales y los tumores rectales y anales son tan característicos en su apariencia que la detección no es difícil. La presencia de carúnculas cutáneas externas es resultado de una trombosis previa de hemorroides externas que también debe ser fácil identificar. La presencia de una de estas carúnculas en la línea media puede señalar una fisura adyacente. ^{1, 3,5}

Todo paciente con síntomas anales o perianales requiere un interrogatorio y exploración física cuidadosa, incluido un tacto rectal. Quizá se precisen otros estudios, como defecografía, manometría, tomografía computarizada, resonancia magnética, enema de contraste, endoscopia o examen bajo anestesia para establecer un diagnóstico definitivo.⁴

La enfermedad hemorroidal presenta clínica semejante a otras patologías perianales, pero la exploración proctológica en conjunto con la anamnesis permiten guiar el diagnóstico asertivo. Cabe resaltar que el diagnóstico de la enfermedad hemorroidal es clínico, a través de la historia clínica completa, exploración física previo consentimiento informado e inclusive la necesidad de exploración con anoscopio.^{4, 5}

Exploración proctológica. La mayor parte de las enfermedades que afectan al recto y ano pueden diagnosticarse mediante la anamnesis y la exploración física, que incluye inspección y palpación perianal, exploración digital del recto, anoscopia y proctosigmoidoscopia.¹

Con el paciente en la posición de Sims lateral o la genupectoral invertida, se realiza una inspección y palpación de la región perianal. Se separan los glúteos con suavidad a fin de examinar la porción inferior del conducto anal, estos pasos iniciales permiten el diagnóstico de la mayoría de la patología anorectal hemorroides externas, fístula perianal, fisura anal, absceso perianal, sin exploración digital o instrumentada. La exploración rectal digital se realiza en búsqueda de tumoraciones o induración en el conducto anal y el segmento

rectal inferior, puede palpase otras estructuras como la pubococcígeo. Deberá observarse el tono del esfínter, la presencia de estenosis del conducto anal y sangre en el dedo explorador.¹

La anoscopia permite valorar el estado de conducto anal y la porción más baja del recto, deberá utilizarse un anoscopio tubular o bivalvo con buena fuente de luz para observar lo que ya se palpó. Se realiza la proctosigmoidoscopia con un instrumento rígido iluminado por lo general de 25cm de longitud, también puede utilizarse un sigmoidoscopio fibro - óptico flexible 60cm para examinar el recto y todo el colon sigmoide.¹

Tratamiento El manejo de la enfermedad hemorroidal puede ser conservador hasta quirúrgico dependiendo la severidad de los síntomas y sus características clínicas. En el caso de hemorroides internas, el manejo se basa en el grado de prolapso de los cojinetes vasculares hemorroidales y de la severidad de los síntomas. La mayoría de las opciones terapéuticas pueden realizarse de manera ambulatoria, ya que un gran porcentaje responde a manejo médico conservador que consiste en mejorar hábitos alimenticios, higiene local y de defecación.^{1,3}

Las hemorroides internas de primero y segundo grado se pueden tratar con medidas locales simples y modificaciones dietéticas que incluye alto contenido de fibra (salvado no refinado) a fin de aumentar el bolo alimenticio, así como una mayor cantidad de agua. Estas medidas ayudan a la defecación y previenen la necesidad de pujo. Los supositorios y ungüentos rectales tienen efectos anestésicos y astringentes. En la presencia de hemorroides internas edematosas prolapsadas, la reducción suave seguida de reposos en cama y compresas locales astringentes disminuyen la inflamación. Los baños de asiento en agua tibia también producen alivio sintomático. Se debe dar tratamiento médico a los pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria subyacente (enfermedad de Crohn) cuando las hemorroides se hacen sintomáticas.^{1,3}

En general los pacientes con trayectos hemorroidales I mejoran con medidas higiénico dietéticas, las grado II sintomáticas y III pueden ser manejadas con ligadura de bandas de silastic reservando el tratamiento quirúrgico cuando hay falla de la ligadura, trombosis externa de repetición.^{1, 2, 3,4}

Tratamiento mediante inyección. Es una clase de escleroterapia y consiste en la administración de una solución química (fenol a 5% en aceite vegetal) debajo de la mucosa en el tejido areolar laxo por arriba de la hemorroide interna. Este tratamiento en combinación con medidas higiénico dietéticas es el mejor en presencia de hemorragia y fases tempranas de prolapso de las hemorroides internas de primero y segundo grado.^{1, 3, 4}

Otra opción terapéutica es la ligadura mediante una banda de hule. Indicada en caso de hemorroides crecidas o prolapsadas. Con ayuda de un anoscopio, se toma con pinzas la mucosa redundante por arriba de la hemorroide y se lleva hasta la cavidad de un aditamento especial para ligaduras, se coloca con cuidado la banda de hule alrededor de la mucosa y del plexo hemorroidal. Ocurre necrosis isquémica en los días siguientes con esfacelo, fibrosis y fijación de los tejidos. Se trata un complejo hemorroidal por vez y se repiten las ligaduras a intervalos de 2 a 4 semanas de acuerdo a las necesidades. ^{1,4, 15}

Existen múltiples alternativas de manejo quirúrgico y éste se debe de considerar en presencia de componente externo, gangrena, trombosis extensa o múltiple, papila hipertrófica, fisura asociada, o falla al manejo conservador o no quirúrgico. ^{4, 15}

La técnica quirúrgica mayormente aceptada por los cirujanos de colon y recto es la hemorroidectomía cerrada de Ferguson en enfermedad hemorroidal mixta G III y IV y en enfermedad hemorroidal interna G III y IV sin o con escaso componente externo la mucosectomía con engrapadora y abierta. ^{4, 5,16}

Hemorroidectomía. Se reserva la extirpación quirúrgica para pacientes con síntomas crónicos y prolapso de tercero a cuarto grado, se extirpa solo el tejido redundante y escisión conservadora del anodermo y piel normales. ^{4, 16}

Dentro de las complicaciones de la enfermedad hemorroidal específicamente las hemorroides internas prolapsadas en raras ocasiones son irreductibles debido a congestión, edema y trombosis, esta puede convertirse en una trombosis circunferencial de hemorroides externas e internas situación sumamente dolorosa que puede producir infarto en la mucosa y piel subyacentes, rara vez ocurren embolias sépticas a través del sistema porta que pueden dar lugar a abscesos hepáticos, puede presentarse anemia por deficiencia de hierro. Las hemorroides pueden servir como derivación porto sistémica en la hipertensión portal en cuyo caso la hemorragia puede ser abundante. ^{4, 5}

En patología anorectal entre los diagnósticos diferenciales de la enfermedad hemorroidal más comúnmente encontrados se mencionó la fisura y fístula perianal describiéndose más detalladamente a continuación. ^{4, 20}

La fisura anal se define como un desgarre lineal del epitelio anal; su etiología con frecuencia esta generada por traumatismo local, usualmente en la línea media posterior. La fisura anal es un problema frecuente que constituye el 15 y 20%, respectivamente, de las consultas e intervenciones en Europa; en los Estados Unidos el 10-15% de las consultas externas de cirugía colorrectal se asocian a fisuras anales y un 30-35% de las consultas e intervenciones realizadas en una Unidad de Coloproctología, en Cuba. Más frecuente entre 30

y 40 años de edad, en la comisura posterior el 99% son hombres y en la comisura anterior el 90% son mujeres. ^{4,5, 20}

Clínicamente el síntoma predominante en la fisura perianal es el dolor anal durante y después de la defecación. El dolor se presenta en forma súbita y se describe como ardor, de gran intensidad, lacerante, que se inicia al pasar el bolo fecal por el conducto, el dolor puede durar de pocos segundos a varias horas, para volver a presentarse en la siguiente evacuación. El sangrado es frecuente, pero no siempre está presente; por lo regular es en escasa cantidad, de color rojo, brillante, rutilante, en forma de estría en la materia fecal o manchando el papel higiénico. Con el paso del tiempo, el paciente refiere la reducción del diámetro o la deformación de la materia fecal, que varía en grado y frecuencia de acuerdo con su consistencia. Paralelamente al cambio del hábito intestinal, el sistema nervioso del enfermo se altera por el temor y la constante preocupación por el momento de la defecación. ^{4, 5}

El interrogatorio por sí mismo sugiere el diagnóstico. La exploración proctológica lo confirma o descarta cualquier otra enfermedad. La inspección de la región anoperineal es el paso más importante para el diagnóstico. El paciente refiere dolor anal al examen digital. No todas las fisuras son fáciles de observar, pero al hacer una exploración cuidadosa es posible identificar la mayoría. Con el paso del tiempo, la piel del extremo distal de la fisura se vuelve edematosa y puede formar un colgajo cutáneo fibroso, lo que se conoce como “colgajo cutáneo centinela” o “hemorroide centinela”; el término “centinela” se utiliza porque señala el sitio de la fisura. Se confirma con la anoscopia donde se observa la existencia de ulceración y estenosis del canal anal, papila anal hipertrófica. La fisura anal crónica está constituida por una tríada (tríada de Brodie), que incluye un colgajo cutáneo o “hemorroide centinela”, una úlcera que por lo regular deja al descubierto las fibras del esfínter anal interno y una papila anal hipertrófica. ^{5, 21}

El diagnóstico diferencial se realiza con absceso o fistula anorectal, enfermedad hemorroidal, sífilis rectal, tuberculosis, herpes, enfermedad de Crohn, leucemia monocítica aguda, entre otros. ^{4, 5}

El tratamiento de la fisura perianal se basa en modificaciones en la dieta, aumentar la ingesta de agua, alta en fibra, plantago, salvado, laxantes, baños de asiento, supositorios de hidrocortisona, tratamientos tópicos con nitrato o inyección de toxina botulínica, bloqueadores tópicos de los canales de calcio, e inclusive esfinterotomía lateral interna si no hay mejora con las medidas higiénico dietéticas y tratamiento farmacológico. ^{5, 21}

La fístula perianal consiste en la comunicación patológica entre dos epitelios; el epitelio del canal anal con la piel perianal; es un trayecto tubular fibroso con

tejido de granulación que está abierto por un orificio de apertura interna o primario (localizado en el conducto anal a nivel de la línea dentada) y se comunica con la piel perianal por uno o varios orificios de apertura externa o secundarios. Puede tener componentes adicionales como trayectos secundarios o múltiples orificios de apertura interna o externa, o cavidades de abscesos, lo que puede complicar su manejo. Existe también una fístula fisuraria definida como una fístula superficial que se origina en el lecho de una fisura anal profunda complicada con un absceso fisurario que drena hacia la piel perianal cercana al margen anal mediante un trayecto subcutáneo. ^{4, 5, 17, 18, 19}

La fístula anal representa el 7% de la consulta de primera vez en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México, con una media de edad de 34 años y relación varones: mujeres de 4:1. La incidencia de la fístula anal es de alrededor de 2 casos/10,000 habitantes en América, con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad y una incidencia mayor en los varones. A nivel mundial la incidencia aceptada para la formación de fístula anal posterior a un evento de absceso anal agudo es de 30 a 70% y el pico de incidencia para presentar absceso anal es alrededor de la cuarta década de la vida; sin embargo, los pacientes menores de 40 años tienen dos veces más riesgo de presentar recurrencia del absceso y fístula anal posterior a un evento de absceso anal agudo. En promedio el 40% hasta el 60% de los abscesos perianales culminan en la formación de fístula perianal, la población más susceptible a desarrollar abscesos perianales son los individuos con diabetes, trastornos hematológicos, enteropatía inflamatoria y VIH-SIDA. No hay factores de riesgo identificados hasta el momento para poder determinar qué pacientes pueden desarrollar fístula anal posterior a un evento de absceso anal. ²⁰

La etiología de las fístulas anales es inespecífica hasta en 90% de los casos, sin embargo se ha encontrado que la infección de las glándulas anales es una causa, importante y sobre todo en los pacientes portadores de un absceso anal; también pueden ser secundarias a fisuras, tuberculosis, enfermedad de Crohn, carcinoma, radiación, actinomicosis, chlamydia, enfermedad granulomatosa del intestino o tuberculosis, criptitis, diverticulitis, neoplasias o infecciones por traumatismos. ^{4,5 20,21, 22, 23}

Las localizaciones más frecuentes son perianal, isquiorectal interesfinteriano y supraelevador. Los microorganismos más frecuentemente aislados son E. Coli, Bacteroides spp, peptroestreptococos, estreptococos, clostridium spp, peptococos, y estafilococos. La mayoría de las fístulas anales tienen un origen criptoglandular. ^{5, 20, 21}

La clasificación de Parks (1976) para las fístulas perianales es actualmente la más utilizada en el mundo, no solo por la precisión del trayecto anatómico, sino también por la complejidad de la cirugía, ante la necesidad de un grado

variable de esfinterotomía y la potencial incontinencia anal. La fístula Interesfinteriana es el tipo más común (30 - 60%), corresponde a la secuela de un absceso perianal. El trayecto fistuloso atraviesa el esfínter interno y discurre en el plano interesfinteriano hasta el margen anal. La fístula transesfinteriana es la segunda en frecuencia (21 - 48%), es el resultado de un absceso isquiorrectal. El trayecto fistuloso atraviesa ambos esfínteres hasta la fosa isquiorrectal y la piel. La fístula supraesfinteriana: es poco frecuente (2 - 12%). Resulta del drenaje de un absceso supraelevador a través del músculo elevador del ano y de la fosa isquiorrectal. La fístula extraesfinteriana es el tipo menos frecuente (1-7%), el trayecto fistuloso comunica a través de la fosa isquiorrectal y los músculos elevadores la pared rectal con la piel perianal, sin relación con los esfínteres anales. Otra clasificación de la fístula anal es clínicamente por el número de orificios, simple se llama a la que presenta solo 1 orificio, y la compleja la que no ha sido bien definida; es aquella que tiene trayectos y orificios fistulosos secundarios múltiples.²⁴

El cuadro clínico de la fístula se genera por el drenaje o exudado purulento crónico debido a una abertura para - anal, el dolor cíclico asociado a la acumulación dentro del trayecto fistuloso que puede palparse o sondarse, seguido por la descompresión intermitente espontánea.^{4, 5}

El diagnóstico se realizará mediante una adecuada anamnesis y se confirma con la exploración proctológica. A través de la proctosigmoidoscopia se puede apreciar una abertura externa como una protrusión denominada "orificio fistuloso secundario" con salida de material purulento o serosanguinolento. En algunas ocasiones la abertura puede estar cerrada o tan pequeña que solamente se puede detectar al realizar una palpación alrededor del ano, que de otro modo pasaría inadvertida. Con la palpación externa se puede identificar el trayecto fistuloso; se percibe en forma de cordón por debajo de la piel, que se extiende del orificio fistuloso secundario hasta la cripta anal correspondiente o de origen. Otros estudios para confirmar el diagnóstico de la fístula es mediante la fistulografía que consiste en el paso de material de contraste hidrosoluble por el orificio fistuloso secundario mediante un pequeño catéter con el fin de delinear el trayecto fistuloso; y sólo está indicada cuando se sospecha una fístula con trayectos extraesfintérico. El Ultrasonido endoanal y resonancia magnética es muy útil cuando se tienen múltiples episodios de sepsis, cirugías anorrectales previas o con trayectos difíciles de identificar. La resonancia magnética permite hacer un diagnóstico morfológico con excelente sensibilidad y especificidad; no obstante su alto costo la hace un método diagnóstico poco solicitado.^{1, 5, 25, 26, 27,28}

Los objetivos fundamentales del tratamiento son eliminar la fístula y los síntomas, prevenir la recurrencia, preservar la función de continencia anal, minimizar los defectos de cicatrización y ofrecer al paciente una recuperación rápida. Se debe identificar correctamente ambos orificios fistulosos (primario y

secundario), localizar e identificar adecuadamente el o los trayectos fistulosos, minimizar en lo posible la sección quirúrgica del aparato esfinteriano. No existe una técnica completamente apropiada para el tratamiento de la fístula anal, y no siempre la cirugía es curativa, por lo que el tratamiento debe ser realizado por un cirujano colorrectal con juicio quirúrgico. Varias técnicas han sido desarrolladas para el manejo quirúrgico de la fístula anal; Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son la Fistulectomía que consiste en la extirpación completa de la fístula, y la fistulotomía estándar de oro en el tratamiento de la fístula anal. En esta técnica se extirpa sólo el techo del trayecto fistuloso y deja en su sitio el fondo, se profundiza con el electrobisturí y se reseca sólo el tejido que incluye el techo. La recidiva luego de la cirugía y la alteración en la continencia postoperatoria constituyen los grandes problemas asociados al tratamiento de la fístula perianal.^{4,5, 6,26}

Se han realizado diversos estudios en nuestro medio para determinar el abordaje diagnóstico idóneo en patologías anorrectales, en el primer nivel de atención los médicos generales y/o familiares en un 49% se basan en la semiología clínica y/o haciendo utilización de auxiliares diagnósticos. Cabe resaltar que es imprescindible en primera instancia el diagnóstico clínico de la patología perianal benigna.^{4, 24, 29}

El obtener durante la elaboración de la historia clínica, los datos clínicos relevantes y de manera consistente, es el atributo clave al inicio del proceso diagnóstico y es sustento de la práctica clínica para poder generar una hipótesis diagnóstica que sea congruente con el conjunto de los datos clínicos para así otorgar la terapéutica correcta de acuerdo al padecimiento. He aquí la importancia de los componentes del método clínico: el interrogatorio o anamnesis que constituye el arma fundamental del Método Clínico y el examen físico que pretende encontrar los signos físicos de la enfermedad, que constituyen las marcas objetivas y verificables de esta y representan hechos sólidos e indiscutibles. Asimismo, para ejecutar un correcto examen físico, se necesite poseer, por parte del médico, habilidades que se irán perfeccionando cada vez más, en la medida en que se practiquen.²⁹

Se entiende por congruencia la coherencia o relación lógica. Término que proviene del latín congruentia que significa convenir, es una característica que se comprende a partir de un vínculo entre dos o más elementos haciendo referencia a la relación de similitud o equilibrio que puede existir entre ellos.³⁰

En la atención médica es de vital importancia la congruencia clínica diagnóstica para otorgar una terapéutica idónea a la patología encontrada, esto genera una atención de calidad para el paciente. Hay estudios en relación a la congruencia diagnóstica.

“Rectosigmoidoscopia rígida en el diagnóstico de la patología del anorecto.”

Estudio realizado en Centro Médico de la ciudad de Puebla se comparó el diagnóstico clínico de envío con el diagnóstico rectosigmoidoscópico en los pacientes referidos a un hospital desde clínicas de atención primaria a la salud, con el objetivo de conocer cuál es la patología anorrectal más frecuente en esa unidad hospitalaria, y se determinó el tipo y la frecuencia de complicaciones asociadas a la rectosigmoidoscopia rígida. Las patologías anorrectales más frecuentes fueron la enfermedad hemorroidal, fístula anorrectal, fisura anal, proctitis y cáncer de recto. Se obtuvo que los diagnósticos emitidos por los médicos familiares, son inespecíficos y con un bajo grado de asertividad en la mayoría de los casos. Se superó el número de diagnóstico pues algunos pacientes tuvieron más de un diagnóstico. Se observó que existe un porcentaje de asertividad entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico rectosigmoidoscópico del 31.4%.³¹

“Proceso diagnóstico para la detección de Cáncer de Colon y Recto”.

Artículo que tuvo como objetivo presentar el proceso diagnóstico para la detección de cáncer de colon y recto. Se realizó una revisión de las normas Nacionales para el manejo de pacientes con cáncer, estadísticas del Hospital Calderón Guardia y de la Caja Costarricense de Seguro Social sobre los pacientes con diagnóstico de egreso de Cáncer de Colon y Recto y análisis de la Guía de Práctica Clínica Holandesa para el manejo de pacientes con Cáncer de Colon y Recto. Se encontró que, en el Hospital el proceso diagnóstico, cuando el paciente consulta por signos o síntomas según procedimiento clínico, es contrario al recomendado por la Guía de Práctica Clínica Holandesa. Con respecto al proceso diagnóstico en caso de enfermedad invasiva, en el HCG se realizan procedimientos y técnicas congruentes con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Holandesa. Se concluyó que el proceso diagnóstico aplicado en el HCG, requiere de un período prolongado; por ser un hospital público. Lo anterior se debe a la falta de equipo y personal médico, lo cual prolonga el tiempo necesario para diagnosticar la patología y aumenta la probabilidad de encontrar las neoplasias en estadios avanzados III y IV. El diagnóstico llevado a cabo en esta etapa de la enfermedad es congruente con la propuesta de la Guía de Práctica Clínica Holandesa. Los pacientes se reciben en un primer o segundo nivel de atención por lo que sería ideal detectar este tipo de patología en estas etapas y así cuando los afectados sean referidos al tercer nivel de atención los estudios a realizar serían mínimos y el Diagnóstico más oportuno con posibilidades de tratamiento que mejoren la sobrevida e incluso la curación de la enfermedad.³²

“Enfermedad hemorroidal diagnóstico y tratamiento”

Estalella L, y Cols mencionaron en su artículo que la encuesta de salud que se realizó a la población de Cataluña, ESCA, durante los años 2010 y 2011, reveló que la enfermedad hemorroidal afecta al 14.7% de la población, y que fue atendida en primera instancia por Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna o de Urgencias. Artículo que tuvo como objetivo la actualización sintética y directa de los pasos a seguir en el diagnóstico inicial de la EH, así como las primeras maniobras terapéuticas mediante una selección a criterio de los autores de la información cuya evidencia científica fue analizada y actualizada, tras una selección de la información presentada por distintas sociedades médicas y guías de práctica clínica. El primer tratamiento en pacientes afectados de EH consiste en un cambio de hábitos dietéticos, con una ingesta adecuada de líquidos, fibra e instauración de hábitos saludables, como el ejercicio moderado. Citó una revisión realizada por la Cochrane de 7 estudios aleatorizados que incluyó a 378 pacientes, evidencio una reducción del prolapso hemorroidal y de la hemorragia entre los pacientes con una mayor incorporación de fibra en la dieta.³³

Los estudios antes citados permiten evaluar la congruencia que existe entre la metodología clínica y la utilización de diversos métodos diagnósticos para determinada patología; observándose diferencia entre ellos en favor al juicio clínico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe aún en nuestros días la falta de pericia diagnóstica por parte del médico familiar en relación a la patología anorectal, atribuyéndose en la mayoría de los casos a la enfermedad hemorroidal la mayor parte de la sintomatología del recto y ano referida por el paciente. El realizar un diagnóstico sin fundamento clínico condiciona una terapéutica errónea y aunado a la frecuente automedicación por parte del paciente agrava el padecimiento, retrasando la atención oportuna e integral.

El médico de primer contacto debe ser capaz de realizar diagnóstico diferencial de la enfermedad hemorroidal de otras patologías que presentan similar semiología otorgando un manejo preciso con una oportuna derivación a segundo nivel si así lo ameritara, ya que en la práctica a menudo se aprecia referencias con poca congruencia clínico-diagnóstica por lo cual nos preguntamos:

¿Cuál es la congruencia diagnóstica de la enfermedad hemorroidal entre la referencia del primer nivel de atención y la consulta externa del servicio de coloproctología del HGZ N°. 24?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la congruencia diagnóstica de la enfermedad hemorroidal entre la referencia del primer nivel de atención y la consulta externa del servicio de coloproctología del HGZ no. 24.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir la frecuencia diagnóstica de la enfermedad hemorroidal por grupo etario y género en el primer nivel de atención.
2. Dar a conocer el tiempo de evolución de la enfermedad hemorroidal hasta su atención en la consulta externa de coloproctología.
3. Identificar las comorbilidades más frecuentemente encontradas descritas en la nota del servicio de coloproctología. (Diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica, enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable, diverticulitis), estreñimiento crónico, enfermedades osteo articulares o con lesión de medula espinal y VIH en los pacientes con enfermedad hemorroidal.
4. Describir los hallazgos clínicos (síntomas y signos más frecuentes) de la enfermedad hemorroidal descritos en la nota de referencia del primer nivel de atención y en la nota de contra-referencia de la consulta externa del servicio de coloproctología.
5. Mencionar la congruencia clínico diagnóstico de la enfermedad hemorroidal descrita en la nota de referencia del primer nivel de atención y en la consulta externa del servicio de coloproctología.
6. Describir la terapéutica empleada del primer nivel de atención y del servicio de coloproctología de la enfermedad hemorroidal.

HIPÓTESIS

Derivado del diseño de estudio no amerito hipótesis sin embargo se planteó la siguiente hipótesis de trabajo:

La congruencia diagnóstica de la enfermedad hemorroidal entre la referencia del primer nivel de atención y la consulta externa del servicio de coloproctología del HGZ no. 24 es en menos del 20% del total de referidos.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO.

El estudio se realizó en la Zona Norte de la Ciudad de México, en el Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social que corresponde al segundo nivel de atención médica que pertenece a la delegación 1 Noreste, ubicado Insurgentes Norte 1322, Col. Magdalena de Las Salinas, C.P. 07660, Del. Gustavo A. Madero Ciudad de México. Tel. 55 5754 1885. En el área de consulta externa de coloproctología turno matutino con expedientes de pacientes derechohabientes que pertenecen por zona geográfica a la delegación Gustavo A. Madero, y Tlalnepantla de Baz Estado de México.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Lo integraron expedientes de derechohabientes con patología perianal atendidos en el segundo nivel de atención médica.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la técnica de contrastación: Descriptivo

Fuente de recolección de datos: Retrolectivo

De acuerdo con la direccionalidad: Retrospectivo

De acuerdo a la evolución del fenómeno: Trasversal

GRUPO DE ESTUDIO:

Se realizó revisión de expedientes del HGZ. No. 24 de pacientes derechohabientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal que fueron atendidos en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2014.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACION:

a) Criterios de inclusión

- Todos los expedientes de pacientes enviados del primer nivel de atención al servicio de coloproctología con diagnóstico de enfermedad hemorroidal.
- Expedientes de pacientes de ambos sexos con edad comprendida entre 18 años y más.

b) Criterios de exclusión:

- Expedientes de pacientes subsecuentes con diagnostico ya establecido de enfermedad hemorroidal y sean nuevamente referidos por recurrencia. Expedientes con patología anorectal mixta.

c) Criterios de eliminación

- Pacientes con expedientes incompletos e ilegibles.
- Expedientes depurados.

TAMAÑO DE MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

Durante el año 2013 y 2014 se atendió un total de 876 pacientes en el servicio de coloproctología.

La muestra se determinó en base a muestreo no probabilístico, por conveniencia, del total de 876 consultas de patología anorectal, se determinó una **n= 177 expedientes** que cumplieron con los criterios de inclusión.

DEFINICION DE VARIABLES

De interés:

Variable: Unidad de medicina familiar de referencia.

Definición conceptual: unidad médica del primer nivel de atención que realiza el envío a otra unidad.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Tiempo de evolución de la enfermedad hemorroidal.

Definición conceptual: se refiere al tiempo transcurrido desde el diagnóstico del padecimiento hasta la fecha en la que acudió a consulta.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Escala de medición: cuantitativa de intervalo.

Unidad de medición: en meses.

Variable: Comorbilidades aunadas a enfermedad hemorroidal.

Definición conceptual: trastorno que acompaña a una enfermedad primaria implica la coexistencia de dos o más patologías medicas no relacionadas.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos en el expediente clínico.

Variable: Clasificación de la enfermedad hemorroidal.

Definición conceptual: se refiere a la clasificación de las hemorroides de acuerdo a las características clínicas encontradas. Hemorroides internas: sangrado (desde el goteo hasta la rectorragia sin ser mezclado con la materia fecal) prolapso rectal y prurito anal. Hemorroides externas: dolor, prurito anal y sensación de cuerpo extraño en la región anal.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos en el expediente clínico.

Variable: Diagnóstico de referencia de primer nivel de atención a la a consulta externa de coloproctología.

Definición conceptual: el diagnóstico médico con el que se deriva a un paciente de su Unidad de medicina familiar a una unidad de segundo o tercer nivel de atención.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Diagnóstico de coloproctología.

Definición conceptual: el que refiere al diagnóstico médico de coloproctología posterior a la identificación de una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico encontrado.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente, en la nota médica de coloproctología.

Tipo de variable: cualitativa.

Escalas de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Hallazgos clínicos de la enfermedad hemorroidal descritos en la nota de referencia acorde a Guía de práctica clínica (GPC) de la enfermedad hemorroidal.

Definición conceptual: se refiere a los signos o síntomas de la enfermedad hemorroidal acorde a la GPC descritos en la nota de envío a segundo nivel.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escalas de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Hallazgos clínicos de la enfermedad hemorroidal descritos en la nota de coloproctología en base a GPC.

Definición conceptual: se refiere a los signos o síntomas de la enfermedad hemorroidal acorde a la GPC descritos en la nota de contra referencia al primer nivel de atención.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Concordancia en el diagnóstico del primer nivel de atención de la enfermedad hemorroidal y del servicio de coloproctología en base a GPC.

Definición conceptual: la congruencia diagnóstica es considerada como la concordancia que existe entre el diagnóstico de la unidad de primer de atención y la de coloproctología.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Terapéutica en el primer nivel de atención de la enfermedad hemorroidal de acuerdo a GPC.

Definición conceptual: tratamiento otorgado en base a los hallazgos clínicos encontrados.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Variable: Terapéutica en coloproctología de la enfermedad hemorroidal de acuerdo a GPC.

Definición conceptual: tratamiento otorgado en base a los hallazgos clínicos encontrados.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

Descriptoras:

Variable: Edad.

Definición conceptual: años cumplidos que tiene la persona al momento de la consulta.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cuantitativa.

Unidad de medición: años.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Variable: Género.

Definición conceptual: condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Definición operacional: se obtendrá de la información que se encuentra en el expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Unidad de medición: los establecidos por el expediente clínico.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el HGZ No. No. 24 con expedientes de pacientes de la consulta externa del servicio de coloproctología que fueron atendidos el turno matutino en el periodo comprendido entre el primero de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2014. Expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. A través de una cedula elaborada en base a la Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Hemorroidal se obtuvo la información necesaria para el estudio, posteriormente se codifico y capturo la información por medio del programa Windows 8 en una base de datos de estadística SSPS, se generó tablas de salida, se analizaron e interpretaron los datos, redactando los resultados y conclusiones de la investigación final.

ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Se utilizó como Instrumento de medición un cuestionario que incluyo las variables descritas en base a Guía de práctica clínica de la enfermedad hemorroidal. Se utilizó estadística descriptiva, para las variables cuantitativas (media, mediana y moda) y cualitativas (frecuencias y porcentajes) a través del programa estadístico SPSS para Windows 8.

RESULTADOS

En la consulta externa del servicio de coloproctología del HGZ. N° 24 de la Ciudad de México, se observó que de las Unidades de Medicina Familiar que corresponden al hospital, la UMF No. 41 refiere en mayor proporción pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal en un 57.6% (n=102). Cuadro 1

Cuadro 1. Unidades de medicina familiar que refieren pacientes al servicio de coloproctología el HGZ N° 24.

UNIDAD DE REFERENCIA	n	%
UMF 20	5	2.8
UMF 37	12	6.8
UMF 40	17	9.6
UMF 41	102	57.6
UMF 44	23	13.0
UMF 49	18	10.2

De los 177 expedientes de pacientes referidos por enfermedad hemorroidal solo en 137 se confirmó el diagnóstico por el servicio de coloproctología.

A continuación se describe el perfil sociodemográfico de estos pacientes: predominó el sexo femenino en 59.8%(n=82) Cuadro 2.

Cuadro 2. Frecuencia de la enfermedad hemorroidal de acuerdo al sexo.

Género	n	%
Femenino	82	59.9
Masculino	55	40.1

El intervalo de edad fue de los 30 a 49 años en el 56.2% (n=77). La moda (Mo) de edad fue de 38 años, la media de edad de la muestra estudiada fue de 54.8 años; la mediana (Me) fue de 52. Cuadro 3.

Cuadro 3. Enfermedad hemorroidal por intervalo de edad.

Edad en años	n	%
18 a 29	2	1.4
30 – 49	77	56.2
50 – 69	38	27.8
70 y más	20	14.6

Dentro de las comorbilidades identificadas en la patología hemorroidal se describe en mayor frecuencia la Diabetes mellitus 2 y/o Hipertensión arterial sistémica en 28.4% (n=39). Cuadro 4.

Cuadro 4. Comorbilidades aunadas a patología perianal.

Comorbilidad aunada	n	%
Diabetes Mellitus 2 y/o Hipertensión arterial sistémica	39	28.5
Enfermedades intestinales inflamatorias, y /o estreñimiento crónico	11	8.0
Enfermedades osteo - articulares y/o lesión de medula espinal	8	5.9
Infección por VIH	1	0.7
Dos o más de las anteriores	6	4.3
Una o más de las patologías mencionadas más otra no descrita	4	2.9
Otra patología	33	24
Sin patología	35	25.6

El tiempo de evolución se cuantificó en meses; en el 36.4% (n=50) oscilo por encima de los 24. Cuadro 5.

Cuadro 5. Tiempo de evolución de la enfermedad hemorroidal.

Meses	n	%
1 a 5	36	26.2
6 a 12	32	23.3
13 a 24	6	4.3
Más de 25	50	36.4
Se ignora	13	9.4

De los hallazgos clínicos de enfermedad hemorroidal, el sangrado anorectal fue el signo de predominio en la nota de referencia 43.7%(n=60); en tanto que en la nota de contrareferencia se describe el sangrado anorectal acompañado por tumoración perianal y/o prurito anal 65.6%(n=90). Cuadro 6.

Cuadro 6. Hallazgos clínicos de la enfermedad hemorroidal descritos en la nota de referencia y de coloproctología.

Hallazgos Clínicos	UMF n	%	HGZ 24 n	%
Prurito anal	2	1.4	0	0.0
Tumoración perianal	5	3.6	0	0.0
Dolor perianal y/o sangrado	6	4.3	9	6.5
Sangrado anorectal	60	43.7	2	1.4
Sangrado, tumoración y/o prurito anal	57	41.6	90	65.6
Otro signo o síntoma acompañante	7	5.1	36	26.2

Del 100% (N=177) de los pacientes referidos, solo en el 77.4% (n=137) se diagnosticó enfermedad hemorroidal por parte del servicio de coloproctología; de los cuales el 21.5% (n=38) presento además otra patología perianal agregada. Cuadro 7

Cuadro 7. Diagnóstico de coloproctología de los pacientes referidos como enfermedad hemorroidal.

DIAGNOSTICO	UMF n	%	HGZ 24 n	%
Enfermedad hemorroidal con clasificación	7	4	97	54.9
Enfermedad hemorroidal sin clasificación	170	96	2	1.1
Enfermedad hemorroidal más otra patología perianal	0	0	38	21.5
Otra patología perianal	0	0	40	29.2

De los 99 expedientes de pacientes con enfermedad hemorroidal clasificada por el servicio de coloproctología se observó mayor frecuencia en hemorroides internas. Cuadro 8

Cuadro 8. Clasificación de la enfermedad hemorroidal en el servicio de coloproctología

Clasificación	n	%
Hemorroides internas	90	65.6
Hemorroides externas	9	6.5
Enf. Hemorroidal más otra patología perianal	38	27.7

La terapéutica empleada para enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención fue farmacológico en un 37.9% (n=52). En el servicio de coloproctología fue la combinación de medidas higiénico dietéticas y el tratamiento farmacológico en un 49.6% (68).Cuadro 9.

Cuadro 9.Terapéutica empleada en el primer nivel de atención.

Terapéutica UMF	UMF n	%	HGZ 24 n	%
Medidas higiénico dietéticas	11	8	2	1.4
Farmacológicas	52	37.9	0	0
Medidas higiénico dietéticas y farmacológicas	13	9.4	68	49.6
Tratamiento quirúrgico	0	0	1	0.7
MHD, farmacológicas y quirúrgicas	0	0	66	48.1
Otro tratamiento no especificado	45	32.8	0	0
Sin tratamiento	16	11.6	0	0

En base a los datos obtenidos se observó que si existe congruencia diagnóstica entre el primer nivel de atención y coloproctología ya que del total de pacientes referidos (N=177) solo en el 23.5%(n=40) se descartó el diagnóstico de referencia. Cuadro 10.

Cuadro 10. Congruencia diagnóstica entre el primer y segundo nivel de atención de la enfermedad hemorroidal.

Congruencia diagnóstica				
Enfermedad hemorroidal	Diagnostico confirmado en base a GPC			
	n	%	n	%
UMF	177	100	137	77.4
Coloproctología	137	77.4	137	100

En relación a la congruencia diagnóstico – terapéutica considerando la cédula de evaluación para la enfermedad hemorroidal; las medidas higiénico dietéticas son la base en el manejo en combinación con la terapia farmacológica. Se observó que no existe congruencia terapéutica en el primer nivel de atención ya que solo el 9.4% (n=13) cumple con lo establecido en la guía. Cuadro 11.

Cuadro 11. Congruencia diagnóstico terapéutica en el primer y segundo nivel de atención.

Congruencia diagnóstico terapéutica				
Terapéutica	UMF n	%	Coloproctología n	%
Medidas higiénico dietéticas	11	8.2	2	1.4
Farmacológicas	52	38	0	0
Medidas higiénico dietéticas y farmacológicas	13	9.4	68	49.1
Otro tratamiento no especificado	45	32.8	1	0.7
Sin tratamiento	16	11.6	0	0
Tratamiento quirúrgico	0	0	1	0.7
MHD, farmacológico y quirúrgico	0	0	66	48.1

DISCUSION

En el presente estudio para medir la congruencia diagnóstica se consideraron los hallazgos clínicos descritos en la GPC para la prevención y diagnóstico de enfermedad hemorroidal del IMSS.

Del 100% de pacientes referidos de las unidades de medicina familiar a coloproctología, la congruencia clínica se corroboró en el 72.2% para enfermedad hemorroidal, el hallazgo clínico más referido fue el sangrado ano rectal con omisión de la exploración física.

Montiel A, y cols ³¹ realizaron un estudio comparativo en el Centro Médico de la ciudad de Puebla acerca del diagnóstico clínico de envío con el diagnóstico rectosigmoidoscópico en los pacientes referidos a un hospital, obtuvieron que los diagnósticos emitidos por los médicos familiares, son inespecíficos y con un bajo grado de asertividad en la mayoría de los casos. Se superó el número de diagnóstico pues algunos pacientes tuvieron más de un diagnóstico. Se observó que existe un porcentaje de asertividad entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico rectosigmoidoscópico del 31.4%.

En el estudio se demostró que el error en el primer nivel de atención no fue diagnóstico sino la pericia para clasificar y otorgar una terapéutica más apropiada; no obstante los autores afirman que los médicos familiares en nuestro país no realizan procedimientos invasivos como la rectosigmoidoscopia, limitándose éstos a la historia clínica, lo que hace que su certeza diagnóstica para este tipo de patologías sea tan baja.

Marchena G. y Cols. ³² Realizaron en el Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia en Costa Rica un estudio de comparación clínica en el Proceso diagnóstico para la detección de cáncer de colon y recto por medio de la Rectosigmoidoscopia rígida. Existe un porcentaje de asertividad entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico rectosigmoidoscópico del 31.4%. Se obtuvo que los diagnósticos emitidos por los médicos familiares, son inespecíficos y con un bajo grado de asertividad en la mayoría de los casos. Esta limitación se explica por la falta de capacitación para la detección temprana, la omisión del examen rectal digital así como considerar el sangrado anorectal como un signo patognomónico de hemorroides.

Estalella L, y Cols ³³ Mencionaron en su artículo que la encuesta de salud que se realizó a la población de Cataluña, ESCA, durante los años 2010 y 2011, reveló que la enfermedad hemorroidal afecta al 14.7% de la población, y que fue atendida en primera instancia por Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna o de Urgencias. Artículo que tuvo como objetivo la actualización sintética y directa de los pasos a seguir en el diagnóstico inicial de la EH, así como las primeras maniobras terapéuticas mediante una selección a criterio de los autores de la información cuya evidencia científica

fue analizada y actualizada, tras una selección de la información presentada por distintas sociedades médicas y guías de práctica clínica. El primer tratamiento en pacientes afectados de EH consiste en un cambio de hábitos dietéticos, con una ingesta adecuada de líquidos, fibra e instauración de hábitos saludables, como el ejercicio moderado. Citó una revisión realizada por la Cochrane de 7 estudios aleatorizados que incluyó a 378 pacientes, evidenció una reducción del prolapso hemorroidal y de la hemorragia entre los pacientes con una mayor incorporación de fibra en la dieta.

Nuestro estudio confirma una vez más la importancia de la historia clínica y exploración completa da la pauta hacia un diagnóstico asertivo en la mayoría de los casos, con apego a las recomendaciones y evidencias de la guía de práctica clínica; no obstante cabe mencionar que las medidas higiénico dietéticas no se encontraron prescritas en las referencias, siendo que juegan un papel fundamental en todos tratamientos.

LIMITACIONES

En conclusión la congruencia clínica fue en dos terceras partes de la población, sin embargo faltó la clasificación por omisión en la exploración y la prescripción razonada acorde a la misma; no obstante en este estudio faltó comparar los hallazgos de la exploración instrumentada; evaluar los expedientes médicos a fin de verificar el historial de manejos terapéuticos entre otros.

CONCLUSIONES

- La congruencia diagnóstica se determinó en el 77.4% (n=137) de los expedientes de pacientes referidos con enfermedad hemorroidal.
- La enfermedad hemorroidal predominó en el sexo femenino en el 59.9% (n=82); el intervalo de edad osciló entre 30 a 49 años en un 56.2% (n=77).
- El tiempo de evolución mayormente encontrado fue por encima de los 24 meses en el 36.4% (n=50).
- Las comorbilidades frecuentemente encontradas fueron las enfermedades crónicas degenerativas (DM e HAS) en un 28.5% (n=39)
- De los hallazgos clínicos que predominaron de la enfermedad hemorroidal descritos en la nota de referencia fue el sangrado anorectal en un 43.7% (n= 60); en tanto que en la nota de contra-referencia en un 65.6% (n=90) fue el sangrado anorectal acompañado de tumoración y/o prurito anal.
- Se corroboró la congruencia clínico diagnóstico de la enfermedad hemorroidal descrita en la nota de referencia en un 77.4% (n=137).
- La terapéutica empleada del primer nivel de atención fue farmacológica en un 9.4% (n=13) que no corresponde al manejo indicado en la GPC para enfermedad hemorroidal. En la nota del servicio de coloproctología la terapéutica fue a base de MHD y farmacológicas en un 49.1% (n= 68) como lo indica la guía el otro 48.1% (n= 66) amerito además tratamiento quirúrgico. Se concluye que no existe congruencia diagnóstico terapéutica por parte de las unidades de medicina familiar.

RECOMENDACIONES

La realización de manera adecuada de la anamnesis y/o la exploración proctológica permite obtener más datos clínicos que contribuyen a confirmar o descartar un diagnóstico probable, cabe destacar que el primer paso para una calidad en la atención médica es el método clínico que nos orientara a un diagnóstico a través de la congruencia entre los hallazgos clínicos encontrados y el posible diagnóstico; de ahí la importancia de una adecuada historia clínica haciendo hincapié semiológico en la patología a estudiar .

La omisión de la exploración proctológica nos puede dar diagnósticos no asertivos de una patología muy común como la enfermedad hemorroidal, aunque no es necesariamente un problema de salud pública si interfiere en las actividades del paciente, condicionando su calidad de vida. Por tanto se recomienda realizar diagnósticos diferenciales de la enfermedad hemorroidal a través de la exploración física completa con previo consentimiento informado del paciente. Derivando con criterios que sustenten el diagnóstico cuando este no pueda ser resuelto en el primer nivel de atención médica. Actualmente existe el acceso rápido, no limitado de información suficiente, relevante, actualizada del diagnóstico y manejo de las patologías, como lo son las guías de práctica clínica; no existiendo limitante en realizar de manera constante la búsqueda intencionada de información que nos proveerá de sustento científico para el abordaje desde el primer nivel de atención de las enfermedades de una manera asertiva con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

La congruencia diagnóstico terapéutica permite observar en el paciente su recuperación o derivación a otro nivel de atención según se requiera, fomentando así la prevención y manejo oportuno de la patología en estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Villalobos J, Introducción a la gastroenterología, 5ta ed., México: Editores Méndez. 2006; p. 3-57.
2. Herráiz L, Carrascoso J, La patología benigna de ano y recto con RM, Rad. Elsevier. 2014; vol. 56 (3): 206 – 218.
3. Vallverdú H, Jimeno J, Tubella J Sanchez C, Análisis prospectivo de la precisión diagnóstica en la patología anorrectal benigna: importancia de la información clínica, Rev. Esp. De Enf. Dig. 2012; vol. 104 (3) 122 – 127.
4. Andersen J, Hunter G, Pollock R, Billiar T, Schuartz Principios de cirugía, 9a ed., México: Mac Graw. Hill, 2010, p. 1015 - 1024.
5. Ellis H, Calne S, Watson C, Cirugía General, diagnóstico y tratamiento, México: Manual Moderno, 2012, p. 218 - 228.
6. Correa R, Bahena J. Enfermedad Hemorroidal Avances y controversias, Cir. Gral, 2011; vol. 33 (1) 590 – 592.
7. Bucio G, Abarca F. Consenso de hemorroides, Rev. Mex. Coloproctología, 2010; vol. 16 (3) 4 - 14.
8. Internet, México 2012. <http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/ssa00308.EyR.>, 2012 (actualizado 2013; citado febrero 2016. Disponible en: http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/ssa_003-08).
9. Villanueva E, Sáenz J. Enfermedad hemorroidal en unidad médica de alta especialidad, Rev. Gastro, de Mex. 2015; vol. 71 (4). 429 – 432.
10. Argibay H, Guillen Y, Bravo P. Ligadura alta multibanda en el tratamiento de las hemorroides sangrantes, Rev. Méx. Coloproctología. 2010 vol. 16 (1). 20-26.
11. Toro G, Guillen Y. Estudio comparativo entre la hemorroidectomía con el uso de bisturí, Rev. Gastro, de Mex. 2010; vol. 16 (1) 15-19.
12. Bernal J, Enguix J, López M. Rubber-band ligation for hemorrhoids in a colorectal unit. A prospective study. Rev Esp. Enf. Dig. 2005, vol. 97 (1) 38-45.
13. Martínez L, García H, Enfermedades del colon más frecuentes en nuestro medio. Terapéutica endoscópica, Rev. Mex. Coloproctología. 2011; vol. 17, 6- 9.
14. Sánchez M, Desarterialización hemorroidal transanal como tratamiento quirúrgico alternativo de la enfermedad hemorroidal, Cir. Gral. 2012; Vol. 34 (2).

15. Restrepo JI. Ligaduras de Hemorroides Internas con Bandas Elástico, Rev. Col. Cir. 2001; vol.16 (2).
16. J. M. Morales J, Velasco L, Bada O. Experiencia inicial en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal con la engrapadora PPH, Rev. Inv. Clínica. 2007; vol. 59 (2) 108 – 111.
17. Charau L. fistula anal, Rev. Med. Hosp. Gral. Mex. 2007; vol. 70 (2) 85-92.
18. Rodríguez U. Abscesos y fistulas anorrectales, Rev. Hosp. Juárez Mex. 2013; 243-247.
19. Suazo C, Bannura G. Barrera G. Caracterización anatomoclínica de la fistula fisuraria, Rev. Chil. Cir., 2014; vol. 66 (4) 341-344.
20. Guerrero V, Pérez J. Incidence of anorectal fistulas in patients with abscesses treated surgically and routinely with antibiotics, Cir. Gral, 2010 vol. 28 (1) 28-31.
21. Montiel, J, Zagal A, Varela M., Rectosigmoidoscopia rígida en el diagnóstico de la patología anorecto. Cir. 2002; vol. 70 (3) 169 – 171.
22. Urrejola G, Villalón R, Ulceración perianal Dos casos de una rara manifestación de tuberculosis extrapulmonar, Rev. Med. Chilena, 2010; Vol. 138, 220 – 222.
23. Muñoz C, Mansilla J., Prevalencia de patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH/SIDA, Rev. Chil. Infectología. 2012; vol. 29 (1) 95 – 98.
24. A. Albornoz A, Guillén Y, Bravo P, Comparación entre la ecografía 2D y la ecografía 3D endoanal para la evaluación de la fístula perianal, Rev. Mex. Coloproctología, 9-12.
25. Barredo C, Leido F. abscesos y fistulas perianales, Rev. Cir. Dig. 2009 vol. 3 1-11.
26. Amarillo H, Manson R, Fourcans S, Factores de riesgo y análisis de la recurrencia en el tratamiento quirúrgico de la fístula anal, Rev. Mex. Coloproctología. 2011; vol. 17, 10 – 16.
27. Baistrocchi J. Prótesis Biológica para el Tratamiento de las Fístulas Anales Complejas, Rev. Arg. Coloproctología, 2013; vol. 24 (1) 19 – 23.
28. Hequera J, Galindo F, Cirugía Digestiva, 2009; vol. III, 1-13.
29. Cruz H, Hernández P, Dueñas N., Importancia del método Clínico, Rev. Cub. Salud Pública, 2012; vol. 38 (3) 422 – 437.

30. Calpe, Ed., Diccionario de la Real Academia Española y Asociación de Academia de la lengua española, 1ra ed., Madrid: Espasa, 2006.
31. Montiel, A, Zagal A, Varela M, Rectosigmoidoscopia rígida en el diagnóstico de la patología de ano recto, Rev. Cirugía 2002; 169 - 172
32. Marchena G., Proceso diagnóstico para la detección de cáncer de colon y recto, Rev. Elec. Enfermería actual de C. Rica, 2012; (23).
33. Estalella L, López J, Pares D. Enfermedad Hemorroidal Diagnóstico y tratamiento, Rev. Medicina Clínica 2013; 140 (1), 38 – 41.

ANEXO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 20

CONGRUENCIA DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL ENTRE LA REFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HGZ N°. 24.

Cuestionario

Número de folio: _____

1.- Edad del paciente en años

- 1) 18 a 29
- 2) 30 a 49
- 3) 50 a 69
- 4) 70 o más

2.- Género del paciente

- 1) femenino
- 2) masculino

3.- UMF de referencia

- 1) 20
- 2) 37
- 3) 40
- 4) 41
- 5) 44
- 6) 49

4.- Tiempo de evolución de la enfermedad hemorroidal

- 1) 1 a 5 meses
- 2) 6 a 12 meses
- 3) 13 a 24 meses
- 4) 25 meses o más
- 5) se desconoce tiempo de evolución

5.- Comorbilidades aunadas a enfermedad hemorroidal en la nota medica de coloproctología.

- 1) diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica
- 2) enfermedades intestinales inflamatorias (enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable, diverticulitis) o estreñimiento crónico
- 3) enfermedades osteo articulares o con lesión de medula espinal
- 4) infección por VIH
- 5) más de dos de las anteriores
- 6) una o dos de las anteriores más otra patología no mencionada
- 7) otra patología
- 8) sin patología aunada

6.- Diagnóstico de envío del primer nivel de atención a la consulta externa del servicio de coloproctología.

- 1) enfermedad hemorroidal, hemorroides
- 2) enfermedad hemorroidal o hemorroides con clasificación

7.- Diagnóstico de contra referencia del servicio de coloproctología al primer nivel de atención

- 1) enfermedad hemorroidal, hemorroides
- 2) enfermedad hemorroidal o hemorroides con clasificación

- 3) enfermedad hemorroidal o hemorroides con o sin clasificación más otra patología anorectal.
- 4) otra patología anorectal que no es enfermedad hemorroidal

8.- Clasificación de la enfermedad hemorroidal o hemorroides de acuerdo a la exploración clínica acorde a GPC de la nota de referencia del primer nivel de atención.

- 1) Hemorroides internas
- 2) Hemorroides externas
- 3) Hemorroides internas y externas
- 4) sin clasificación
- 5) otros

9.- Cuadro clínico acorde a la guía de práctica clínica de la enfermedad hemorroidal (hemorroides) descrita en la nota de referencia del primer nivel de atención.

- 1) prurito anal
- 2) sangrado trans anal
- 3) sensación de cuerpo extraño, tumoración o prolapso rectal
- 4) dolor anal
- 5) sangrado transanal acompañado de tumoración y/o prurito anal
- 6) uno o dos de los anteriores más otro signo síntoma anorectal
- 7) otro signo o síntoma
- 8) no específica

10.- Cuadro clínico acorde a la guía de práctica clínica de la enfermedad hemorroidal (hemorroides) descrito en la nota de contra referencia del segundo nivel de atención (coloproctología)

- 1) prurito anal
- 2) sangrado trans anal

- 3) sensación de cuerpo extraño, tumoración o prolapso rectal
- 4) dolor anal o perianal
- 5) sangrado transanal acompañado de tumoración y/o prurito anal
- 6) uno o dos de los anteriores más otro signo síntoma anorectal
- 7) otro signo o síntoma
- 8) no especifica

11.- Terapéutica empleada en la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención

- 1) medidas higiénico dietéticas
- 2) tratamiento farmacológico
- 3) medidas higiénico dietéticas y farmacológicas
- 4) ningún tratamiento

12.- Terapéutica empleada en la enfermedad hemorroidal en el segundo nivel de atención (coloproctología)

- 1) medidas higiénico dietéticas
- 2) tratamiento farmacológico
- 3) tratamiento quirúrgico
- 4) 1 y 2
- 5) 1 y 3
- 6) 2 y 3
- 7) 1,2 y 3
- 8) otro tratamiento

Instrumento realizado en base a guía de práctica clínica del instituto mexicano del seguro social. Se consideró aspectos de congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica de la enfermedad hemorroidal.