

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento
DEL ABSCESO ANAL
En pacientes pediátricos y adultos
En los tres niveles de atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-663-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

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

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda Prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la codificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención.** México: Secretaría de Salud; 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: K61.0 Absceso anal

GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención.

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinador:

Dr. Oscar Coyoli Garcia	Cirujano Coloproctologo	ISSSTE	Cirujano Coloproctologo Jefe de servicio y Titular del curso de subespecialidad Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"	Consejo Mexicano de especialistas en enfermedades de colon y recto Colegio de especialistas en coloproctología
-------------------------	----------------------------	--------	---	---

Autores :

Dr. José Andres González Cabrera	Cirujano Coloproctologo	ISSSTE	Cirujano Adscrito al Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	Consejo Mexicano de especialistas en enfermedades de colon y recto
Dr. Miguel Ángel Rosado Martínez	Residente de 4° año de Cirugía General	ISSSTE	Residente de 4° año de cirugía General, Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	
Dr. José Antonio de la Rosa Jiménez	Residente de 3° año de Cirugía General	ISSSTE	Residente de 3° año de cirugía General, Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	

Validación interna:

Dr. Héctor Norman Solares Sánchez	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Coloproctólogo Médico adscrito al Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"	Consejo Mexicano de especialistas en enfermedades de colon y recto Colegio de especialistas en coloproctología
-----------------------------------	----------------------------	--------	--	---

Validación externa:

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO.....	8
3.3 DEFINICIÓN(ES)	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 FACTORES DE RIESGO.....	11
4.2 CUADRO CLÍNICO.....	13
4.3 ESTUDIOS AUXILIARES.....	14
4.4 TRATAMIENTO.....	15
4.4.1 MANEJO INICIAL DEL ABSCESO ANAL.....	15
4.4.2 MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABSCESO ANAL.....	16
4.4.3 MANEJO POSTQUIRÚRGICO DEL ABSCESO ANAL.....	17
4.5 PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.....	18
5. ANEXOS.....	20
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	20
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	23
5.3 DIAGRAMA DE FLUJO.....	25
6. GLOSARIO	26
7. BIBLIOGRAFÍA.....	28
8. AGRADECIMIENTOS	29
9. COMITÉ ACADÉMICO	30
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	31
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	32

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-663-13	
Profesionales de la salud	1.5 Médicos Generales, Cirujanos Generales 1.8 Cirugía Colo rectal
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: K61.0 absceso anal
Categoría de GPC	3.1.1 Primario 3.1.2 secundario 3.1.3 terciario.
Usuarios potenciales	4.5 Enfermeras Generales, 4.6 Enfermeras especializadas, 4.7 Estudiantes, 4.12 Médicos Especialistas, 4.13 Médicos Generales, 4.14 Médicos Familiares.
Tipo de organización desarrolladora	6.8 Dependencia del ISSSTE/Hospital General "Dr. Lic. Adolfo López Mateos" / Hospital General "Dr. Dario Fernandez Fierro".
Población blanco	7.2 niño de 1 a 23 meses 7.5 de 19 a 44 años 7.6 mediana edad de 45 a 64 años.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno Federal
Intervenciones y actividades consideradas	3.6 Tratamiento 3.8 Tratamiento Farmacológico. 3.10 Tratamiento Quirúrgico.
Impacto esperado en salud	Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad en pacientes con absceso anal.
Metodología ¹	Adopción y elaboración (creación) de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada>
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 8 Guías seleccionadas: 1 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos controlados aleatorizados: 3 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 3
Método de validación:	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: UNAM Validación de la guía: ISSSTE
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	ISSSTE-663-13
Actualización	Fecha de publicación: 27 de junio 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ PARA MAYOR información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

- 1.- ¿Qué factores se asocian al desarrollo del absceso anal?
- 2.- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?
- 3.- ¿Qué factores influyen en el pronóstico?
- 4.- ¿Qué estudios auxiliares de diagnóstico se recomiendan para detectar absceso anal?
- 5.- ¿Cuál es el manejo inicial del paciente con absceso anal?
- 6.- ¿Cuál es el manejo quirúrgico del absceso anal?
- 7.- ¿Cuál es el manejo postquirúrgico del absceso anal?
- 8.- ¿Qué relación existe entre el paciente inmunocomprometido y absceso anal?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El absceso anal es una de las lesiones ano rectales más frecuentes, resulta en trayectos fistulosos. (Peng, 2012)

La mayoría de los abscesos anales son manejados con drenaje directo, mediante incisiones; siendo este tipo de tratamiento, el más exitoso en la mayoría de los pacientes. (Peng, 2012)

Perianal (superficial 60%), Isquiorectal (perirectal 30%), intraesfintérico (5%) supraelevador (4)% y submucoso (1%). De los cuales el más común es el perianal. (Peng, 2012)

Cuando los abscesos perianales se extienden intrapélvicos, deben de ser tratados de manera quirúrgica con una incisión directa sobre la lesión. Siendo el objetivo principal abordar de manera integral este tipo de patología con incisiones perianales, en abscesos complejos, es necesario la realización de varios orificios de salida para el material purulento y colocación de drenajes para mejorar evolución. (Peng, 2012)

El absceso ano rectal es común en pacientes sanos, y es debido a la obstrucción de una cripta anal, dependiendo de la glándula afectada, será el grado o complejidad de dicho absceso, así como el patrón supurativo. Es básico conocer la anatomía ano rectal y perianal para su tratamiento correctivo y beneficio del paciente. (Rizzo, 2010)

La fístula anal se desarrolla aproximadamente en 1/3 de los pacientes que fueron sometidos a un drenaje de absceso ano rectal, una serie de 170 pacientes sin fístula ano rectal, fueron seguidos alrededor de 99 meses, posterior al drenaje de absceso y un 37% de estos pacientes presentaron fístula y el absceso recurrente en un 10%. (Rizzo, 2010)

Un estudio de cohorte retrospectivo, de 148 pacientes con absceso ano rectal presentaron también un 37% presentaron fístula anal. (Rizzo, 2010)

Cualquier recurrencia de una absceso anal en el mismo sitio donde previamente se había presentado, debe de ser considerado fístula anal y tratado como tal. (Rizzo, 2010)

Hay otras causas de absceso anal, incluyendo enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones por hongos, mico bacterias, neoplasias y traumatismo. Los abscesos que recurren secundarios a cualquier causa antes mencionada deben de manejarse como fístulas complejas. (Rizzo, 2010)

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento del Absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención**, forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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

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

- Con sustento en la evidencia clínica, establecer criterios para diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención.
- Realizar una guía que brinde las posibilidades diagnósticas y de tratamiento del absceso anal y que sirva de evidencia como sustento médico legal.
- Unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento del absceso anal.
- Disminuir la morbi-mortalidad del paciente con absceso anal.

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

3.3 DEFINICIÓN

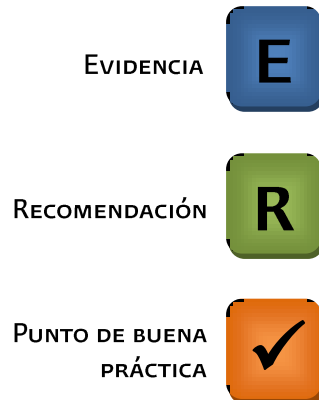
Absceso anal se define como una colección de pus en los espacios perianales. Como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, con estasis bacteriana. Estos se puede extender en la fosa isquioanal, en el espacio supra elevador, en uno o ambos lados, formando una colección en herradura. (Peng, 2012)

En algunas ocasiones y de manera menos frecuente extendiéndose hacia la musculatura de los elevadores del ano. (Peng, 2012)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: OXFORD.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA/RECOMENDACIÓN

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

NIVEL/GRADO

la
Shekelle
Matheson, 2007

4.1 FACTORES DE RIESGO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 20 y 60 años, con una media de 40 años en ambos sexos.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Hábitos higiénicos dietéticos y vida sedentaria, se encuentran implicados, pero no hay una significancia estadística para tomarse como factor de importancia para el desarrollo de absceso anal.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Los abscesos anales pueden originarse por enfermedad de Crohn, secundarios a trauma anal, Pacientes con virus de inmunodeficiencia, enfermedades de transmisión sexual, radioterapia secundaria a cáncer o por cuerpos extraños.	2 c OXFORD <i>Peng 2012</i>
	Otras causas de abscesos anales se relacionan con enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, y con menos frecuencia neoplasias en pelvis y con la enfermedad diverticular complicada	1 c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	Los abscesos anales en pacientes pediátricos, la mayoría son en pacientes menores de 1 año, predominando en el sexo masculino, con predisposición genética demostrada.	2 b OXFORD <i>Serour 2005</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La producción excesiva de andrógenos, se ha propuesto como probable factor para el desarrollo de absceso anal, basado en la existencia de anomalías en la cripta de Morgagni y profundidad de las glándulas asociadas a estas.	4 OXFORD <i>Charalampopoulou 2012</i>
	Como factor de riesgo para abscesos de supra elevadores, existen, la sepsis abdominal secundaria a apendicitis complicada o sepsis de origen ginecológico.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Cuerpos extraños como espinas de pescado y huesos de pollo impactados en la región anal son factores considerados raros para el desarrollo de absceso anal.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Ante la sospecha de absceso anal, Realice interrogatorio minucioso para descartar otras patológicas supurativas de la región anal.	Punto de buena práctica
	Pacientes con diagnóstico de sepsis abdominal, se debe de realizar tacto rectal como complemento de la exploración física.	Punto de buena práctica
	En caso de pacientes con fiebre de origen desconocido debe de descartarse la presencia de absceso interesfintérico y/o supraelevador.	Punto de buena práctica
	Pacientes con el diagnóstico de enfermedad de Crohn que acudan a consulta de primera vez o subsecuente, deben de ser interrogados para descartar la presencia de absceso anal y/o fístula.	Punto de buena práctica
	Las evacuaciones líquidas o semilíquidas son causas predisponentes para la formación y desarrollo de absceso anal.	Punto de buena práctica

4.2 CUADRO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El absceso anal debe de ser diagnosticado con signos clínicos, síntomas referidos por el paciente, inspección y exploración digital.	1c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	Dolor intenso, continuo y progresivo en la región anal, de aparición súbita.	1c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	Los abscesos de supra elevadores, a la exploración no se encuentran signos clínicos específicos, pueden presentar ataque al estado general, fiebre, dolor no localizado, y tenesmo rectal.	1c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	El absceso anal en pacientes pediátricos no tiene consideraciones clínicas especiales, debido a que generalmente. La causa es lactobacilos.	4 OXFORD <i>Charalampopoulou 2012</i>
	Abscesos inter esfintéricos presentan dolor severo, debe de realizarse tacto rectal sin excepción para corroborar el diagnóstico y localización del absceso.	1c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	Todo paciente con dolor anal, debe de ser sometido a exploración proctológica.	Punto de buena práctica
	En clínica de primer nivel, si hay dolor anal, sin evidencia de absceso, se debe de enviar a urgencias del siguiente nivel de atención.	Punto de buena práctica

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Pacientes en los que exista duda diagnóstica, se debe valorar la realización de anoscopía y rectosigmoidoscopia, siempre y cuando la sintomatología del paciente lo permita.	Punto de buena práctica
	En clínica de segundo y tercer nivel, se sugiere bajo la sospecha de absceso anal, la valoración por cirujano general o coloproctólogo.	Punto de buena práctica

4.3 ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Ante la sospecha de un absceso supraelevador ó recidiva de absceso anal, debe de utilizar exámenes radiológicos, como apoyo al diagnóstico.	2 c OXFORD <i>Peng 2012</i>
	La Proctoscopia y la rectoscopia puede brindar información adicional para el diagnóstico; estas causan dolor severo en el paciente.	1 a OXFORD <i>Ommer 2012</i>
	La utilización del ultrasonido endoanal es muy útil en el diagnóstico de abscesos anales complejos.	1c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	Otros estudios auxiliares son la tomografía axial computada y la resonancia magnética, siempre evaluados por personal entrenado.	1c OXFORD <i>Rizzo 2010</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los estudios radiológicos únicamente deben de ser realizados cuando la exploración física no sea concluyente y exista una alta sospecha de absceso anal o este sea complejo.	A OXFORD <i>Rizzo 2010</i>
	El diagnóstico debe de ser clínico, ya que la realización de la rectoscopia o anoscopia causan dolor severo en el paciente.	Punto de buena práctica
	El ultrasonido endoanal, permite con frecuencia encontrar la cripta de origen.	Punto de buena práctica

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1 MANEJO INICIAL DEL ABSCESO ANAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Al realizarse el diagnóstico de absceso anal en pacientes pediátricos menores de 2 años, debe de tratarse inicialmente de manera conservadora.	4 OXFORD <i>Charalampopoulou 2012</i>
	En el paciente pediátrico mayor de 2 años, presenta sintomatología similar al adulto y debe de manejarse quirúrgicamente.	4 OXFORD <i>Charalampopoulou 2012</i>
	Se recomienda el manejo conservador en pacientes pediátricos, debido a que al dar manejo quirúrgico, la tasa de recurrencia es del 28 al 85%, Manifestándose como absceso o fistula.	4 OXFORD <i>Charalampopoulou 2012</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El manejo inicial del paciente con absceso anal, una vez diagnosticado debe de ser el drenaje del mismo, independientemente de la edad.	Punto de buena práctica

4.4 TRATAMIENTO

4.4.2 MANEJO QUIRÚRGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El objetivo principal del tratamiento del absceso anal es el drenaje inmediato, y drenar material purulento de espacios anatómicos adyacentes, así evitando las posibles complicaciones como gangrena de Fournier	1 a OXFORD <i>Ommer 2012</i>
	Los abscesos superficiales deben de ser drenados en la sala de exploración o sala de urgencias.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Abscesos isquioanales o supra elevadores, deben de ser examinados bajo anestesia para ser drenados de manera apropiada.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	La técnica de incisión de absceso, curetage e instilar antibióticos y cierre primario ha sido abandonada. No tiene beneficio para la evolución del paciente.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Ante la aparición de un absceso en el lugar opuesto, de un absceso previo ó al mismo tiempo, debe de descartarse la presencia de fístula en herradura. Siendo el principal origen en la línea media posterior.	B OXFORD <i>Abcarian 2011</i>

4.4 TRATAMIENTO

4.4.3 MANEJO POSTQUIRÚRGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las paredes del absceso anal se encuentran con necrosis a nivel vascular por lo que el antibiótico tiene poca capacidad de penetración.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Si el paciente presenta fiebre, y continua con signos y sintomas de absceso anal, con elevación de leucocitos, se debe de explorar al paciente en el quirófano, y debe de instaurarse terapia antibiótica.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	Un absceso extenso debe de ser drenado con múltiples incisiones o con una incisión larga según sea requerido.	2 c OXFORD <i>Abcarian 2011</i>
	En todo procedimiento de drenaje de absceso anal, debe desbridarse las posibles tabicaciones del mismo.	Punto de buena práctica
	El ultrasonido es un método útil en el diagnóstico de seno anal posterior al drenaje y cicatrización de abscesos. Permitiendo elegir al paciente candidato para cirugía definitiva.	Punto de buena práctica

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Al indicar un antibiótico, debe de cubrir flora bacteriana intestinal.	Punto de buena práctica
	No se recomienda empaquetar los abscesos, ya que causan dolor intenso, y evitan el correcto drenaje del material purulento.	Punto de buena práctica

4.5 PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Todo paciente con inmunocompromiso, y con síntomas de absceso anal debe de ser referido de manera inmediata para valoración y tratamiento subespecialista.	2c OXFORD Tonolini 2012
	Los antibióticos acompañados del drenaje es lo indicado para los pacientes con inmunocompromiso. (diabéticos, obesidad mórbida, inmunodeficiencia adquirida, quimioterapia)	2c OXFORD Tonolini 2012
	La patología ano rectal, se presenta en un 30% en pacientes con VIH, principalmente en pacientes homosexuales en el transcurso de su vida.	2c OXFORD Tonolini 2012
	En el 5% de los pacientes que acuden a consulta con alteraciones ano rectales, debe de tenerse la sospecha diagnóstica de VIH.	2c OXFORD Tonolini 2012

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En los pacientes inmunocomprometidos con absceso anal, deben de descartarse otras patologías como infecciones de transmisión sexual.	2c OXFORD <i>Tonolini 2012</i>
	Los pacientes portadores de VIH, son difíciles de tratar y por lo general el proceso de curación es largo, y la recurrencia es frecuente.	2c OXFORD <i>Tonolini 2012</i>
	Pacientes diagnosticados con VIH presentan aumento de frecuencia de absceso piógeno, fístulas perianales.	2c OXFORD <i>Tonolini 2012</i>
	La resonancia magnética cuenta con mejor resolución para diagnosticar proctitis, o tejidos de inflamación, así como el encontrar líquido pre- sacro o crecimiento ganglionar.	B OXFORD <i>Tonolini 2012</i>
	La Resonancia magnética se recomienda utilizarla para establecer la profundidad y/o extensión del absceso y en caso de duda diagnóstica al sospechar una tumoración.	B OXFORD <i>Tonolini 2012</i>
	Los pacientes con VIH y cuentas de CD4 mayores a 200, pueden ser manejados en forma similar a los pacientes sin inmuno comprometido.	Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática Diagnóstico y Tratamiento del Absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español e inglés.
- Documentos publicados los últimos 5 años o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos 10 años
- Documentos enfocados en el tratamiento de absceso anal.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema rectal fistula en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Rectal Fistula. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dió 0 resultados

Búsqueda	Resultado
("Rectal Fistula/classification"[Mesh] OR "Rectal Fistula/congenital"[Mesh] OR "Rectal Fistula/diagnosis"[Mesh] OR "Rectal Fistula/drug therapy"[Mesh] OR "Rectal Fistula/epidemiology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/etiology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/pathology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/physiology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/prevention and control"[Mesh] OR "Rectal Fistula/surgery"[Mesh] OR "Rectal Fistula/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2008/05/17"[PDat] : "2013/05/15"[PDat] AND Humans[Mesh] AND English[lang] AND adult[MeSH:noexp])	0

Algoritmo de búsqueda:

- 1.- Rectal Fistula
- 2.- Congenital
- 3.- Diagnosis
- 4.- Drug therapy
- 5.- Epidemiology
- 6.- Etiology
- 7.- Pathology
- 8.- Physiology
- 9.- Prevention and control
- 10.- Surgery
- 11.- Therapy
- 12.- #2 or # 3 or # 4 or # 5 or # 6 or # 7 or # 8 or #9 or #10 or # 11
- 13.- #1 and # 12
- 14.- ("2003/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT])
- 15.- 13 and #14
- 16.- humans"[MeSH Terms]
- 17.- #15 and #16
- 18.- English[lang])
- 19.- #17 and #18
- 20.- Guideline[ptyp]
- 21.- Practice Guideline[ptyp]
- 22.- #20 or #21
- 23.- #19 and #22
- 24.- adult[MeSH:noexp])
- 25.- #1 and (#2 or #3 or # 4 or # 5 or # 6 or # 7 or # 8 or #9 or #10 or # 11) and #14 and #16 and (#18) and (#20 or #21) and (#24)

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y no se obtuvieron documentos.

Búsqueda	Resultado
("Rectal Fistula/classification"[Mesh] OR "Rectal Fistula/congenital"[Mesh] OR "Rectal Fistula/diagnosis"[Mesh] OR "Rectal Fistula/drug therapy"[Mesh] OR "Rectal Fistula/epidemiology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/etiology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/pathology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/physiology"[Mesh] OR "Rectal Fistula/prevention and control"[Mesh] OR "Rectal Fistula/surgery"[Mesh] OR "Rectal Fistula/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND ("2003/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT]) AND Humans[Mesh] AND English[lang] AND adult[MeSH:noexp])	0

Segunda Etapa no aplica

Tercera Etapa (en caso de no tener acceso a base de datos, aplica la Segunda Etapa)

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Rectal Fistula**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
www.ncbi.nlm.nih.gov	432	7
Total	432	7

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, OXFORD

Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D		
Estudios de diagnóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas
	1 b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico
	1 c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2 b	Estudios exploratorios que, a través de p. e. una regresión logística, determinan qué factores son significativos, y que sean validados con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras separadas
	3 b	Comparación cegada u objetiva de un espectro una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio
C	4	• Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes. • Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes • El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales

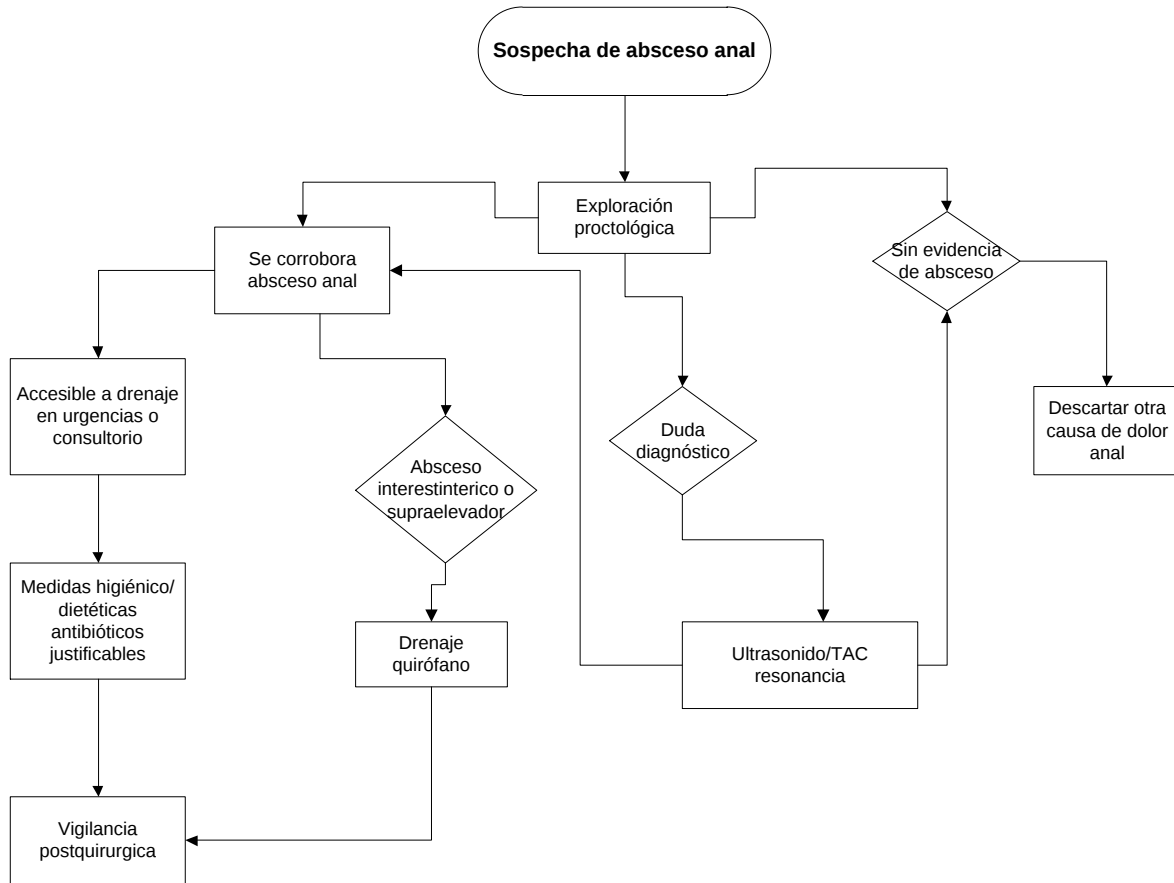
Estudios de historia natural y pronóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1 b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento
	1 c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2 c	Investigación de resultados en salud
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D

Análisis económico y análisis de decisiones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas de la evidencia; e inclusión de análisis de sensibilidad
	1 c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de sensibilidad
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en teorías económicas

5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO 1.



6. GLOSARIO

Absceso: Acumulación de pus en los tejidos orgánicos.

Absceso anal: Colección de pus en los espacios perianales.

Anoscopia: Es un método para observar el ano, el conducto anal y la parte baja del recto.

Anoscopio: Instrumento para la exploración visual del ano.

CD4: Molécula presente en la membrana de la subpoblación linfocitaria T, cuya función fundamental es ayudar a otras células inmunitarias a ejercer sus funciones.

Criptas de Morgagni: Son pliegues longitudinales situados dentro del canal anal, los cuales forman cavidades entre estos denominados criptas de Morgagni.

Curetaje: Legrado de las paredes internas de un conducto, cavidad o estructura para eliminar un tejido anormal u obtener una muestra.

Enfermedad de Crohn: es un proceso inflamatorio con manifestaciones clínicas muy variables, que puede extenderse a todo el espesor de la pared intestinal y afectar cualquier segmento del tubo digestivo.

Enfermedad inflamatoria intestinal: incluye una amplia variedad de presentaciones y manifestaciones clínicas cuya característica principal es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones y engloba tres entidades; la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y colitis indeterminada.

Enfermedad diverticular complicada: Cuadro de diverticulitis que se complica con abscesos, fistulas, obstrucción, peritonitis y sepsis.

Espacio interesfinteriano: Espacio virtual entre ambos esfínteres anales.

Espacio supraelevador: Espacio virtual entre el suelo peritoneal pélvico y los músculos elevadores del ano.

Fístula: Aquella comunicación anómala que se registra entre dos superficies epitelizadas

Fosa isquioanal: También denominada isquiorrectal. Espacio cuneiforme lleno de grasa que discurre lateral al conducto anal, con forma de triángulo cuya base está compuesta por la piel perineal, la pared lateral por el esfínter anal externo y el músculo elevador del ano, la pared lateral está formada por la tuberosidad isquiática encima y el músculo obturador interno abajo, el vértice agudo se forma por la confluencia de las paredes lateral y medial en el punto donde el elevador del ano se inserta en su origen tendinoso, el límite anterior está formado por el borde posterior del centro tendinoso del

peroné y los músculos del diafragma urogenital y el límite posterior está formado por el ligamento sacrotuberoso.

Glándula: Órgano o formación tisular que se desarrolla generalmente en un epitelio de revestimiento y que suele estar integrada por una o mas células especializadas en la elaboración y secreción de sustancias específicas.

Radioterapia: Tratamiento para el cáncer basado en el empleo de radiaciones ionizantes.

Rectosigmoidoscopia: Exploración del recto y de la porción terminal del colon sigmoides por medio de un instrumento denominado rectosigmoidoscopio, permitiendo la visualización de la mucosa de dichas estructuras.

Seno anal: Se denomina seno anal a la formación de un absceso anal crónico.

Sepsis abdominal: Es un proceso inflamatorio del peritoneo causado por un microorganismo patógeno así como de sus productos

Tenesmo rectal: Deseo continuo, doloroso e ineficaz de defecar debido a alguna alteración rectal.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abcarian/H. Anorectal Infection: Abscess–Fistula. Clin Colon Rectal Surg 2011;24:14–2
2. Charalampopoulou/A, Zavras/N, Kapetanakis/E, Kopanakis/K, Misiakos/E, Patapis/P, Martikos/G, Machairas/A. Surgical treatment of perianal abscess and fistula-in-ano in childhood, with emphasis in children older than 2 years. Journal of Pediatric Surgery 2012; 47, 2096–2100
3. Ommer/A, Herold/A, Berg/E. S3 guideline: anal abscess. J Colorectal Dis 2012;27:831–837
4. Peng/T, Hsieh/M. Anterior ilioinguinal incision for drainage of high-located perianal abscess. Tech Coloproctol 10.1007/s10151-012-0902-
5. Rizzo/J, Naig/A, Eric/M, Johnson/K, FACS. Anorectal Abscess and Fistula-in-Ano: Evidence-Based Management. Surg Clin N Am 2010;90: 45–68
6. Serour/F, Somekh /E, Gorenstein/ A. Perianal abscess and fistula-in-ano in infants: a different entity? Dis Colon Rectum 2005;48: 359e64.
7. Tonolini/M, Matacena/G, Bianco/R. Anorectal Opportunistic Diseases in Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Patients: Spectrum of Cross-Sectional Imaging Findings. Curr Probl Diagn Radiol, November/December 2012; 220:232

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de HR Lic. Adolfo López Mateos y HG Dr. Darío Fernández Fierro las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por ISSSTE y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de ISSSTE Y Secretaria de Salud su valiosa colaboración en los procesos de validación, verificación y revisión editorial de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Rafael Castillo Arriaga

Director Médico

Dr. Sergio B. Barragán Padilla

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. E. Leobardo Gómez Torres

Jefe de Servicios

Dra. Amanda Beatriz Núñez Pichardo

Jefe de Departamento de Desarrollo de GPC e Implementación de Programas Sectoriales

Dra. Ana Araceli Ayala Montes de Oca

Coordinadora de Guías de Práctica Clínica

Lic. Yoseli Guzmán Pina

Revisión Editorial

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial	Directorio del centro desarrollador
Secretaría de Salud Dra. Mercedes Juan López	ISSSTE
Secretario de Salud	Dr. Rafael Castillo Arriaga Director Médico
Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Antonio González Anaya	Dr. Sergio B. Barragán Padilla Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Director General	Dr. E. Leobardo Gómez Torres Jefe de Servicios
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias	Dr. Eduardo B. Barragán Padilla Director del H.R Lic. Adolfo López Mateos
Director General	Dr. Pablo Valle Moctezuma Director del H.G Dr. Darío Fernández Fierro
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Vargas Carrillo	
Titular del organismo SNDIF	
Petróleos Mexicanos Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin	
Director General	
Secretaría de Marina Armada de México Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz	
Secretario de Marina	
Secretaría de la Defensa Nacional General Salvador Cienfuegos Zepeda	
Secretario de la Defensa Nacional	
Consejo de Salubridad General Dr. Leobardo Ruíz Pérez	
Secretario del Consejo de Salubridad General	

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Titular
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Dr. Gabriel O'shea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	Titular
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	Titular
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Director General de Información en Salud	Titular 2013-2014
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular 2013-2014
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2013-2014
Dr. Agustín Lara Esqueda	Titular
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	Titular
M.C., M.F. y M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	Titular
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	Titular
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	Asesor Permanente
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	Asesor Permanente
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Asesor Permanente
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Asesor Permanente
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Asesor Permanente
Dr. Eduardo González Pier	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	Secretario Técnico
Dr. Esteban Hernández San Román	
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	