

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-208-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

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

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

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

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

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal. México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

I84.0-I84.9 Hemorroides

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal

Coordinador:			
Dr. Wilfrido Jesús López Hernández	Médico Especialista en Urgencias	Servicios de Salud del Estado de Puebla	Coordinador Estatal de Segundo y Tercer Nivel de Atención
Autores:			
Dr. Francisco Javier Ochoa Aguilar	Cirujano Coloproctólogo		Subdirector Hospital General de Huejotzingo
Dr. Armando Nuricumbo Reyes	Cirujano General	Servicios de Salud del Estado de Puebla	Jefe del Servicio de Cirugía. Hospital General de Tepeaca
Dr. Juan Manuel Tetitla Munive	Mtro. En Salud Publica / Dr. En Ingeniería Biomédica		Coordinador Estatal de Investigación
Asesor:			
Dr. Eric Romero Arredondo	Cirujano General	CENETEC	Coordinador Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Validación Interna:			
Dr. Juan Antonio Herrero Villanueva	Cirujano Coloproctólogo	Hospital General de México, SS	Médico Adscrito
Validación Externa:			

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1 Justificación	7
3.2 Objetivo de esta guía.....	7
3.3 Definición.....	8
4. Evidencias y recomendaciones	9
4.1 Prevención secundaria.....	10
4.1.1 Historia clínica.....	10
4.1.2 Exploración física.....	11
4.1.3 Estudios de gabinete	12
4.1.4 Tratamiento quirúrgico.....	12
4.1.5 Criterios de referencia a tercer nivel.....	15
5. Bibliografía	16
6. Agradecimientos.....	17
7. Comité académico	17
8. Directorio	18
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	18

1. CLASIFICACIÓN

Registro	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Coloproctólogo, Cirujano general
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	184.0-184.9 Hemorroides
CATEGORÍA DE GPC	Segundo nivel de atención Diagnóstico, tratamiento quirúrgico, Referencia a tercer nivel Consejería en relación a los factores de riesgo Evaluación y diagnóstico
USUARIOS POTENCIALES	Personal médico en formación Médicos generales Médicos familiares Médicos especialistas en urgencias Cirujano general Cirujano coloproctólogo
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de Salud del Estado de Puebla.
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres mayores de 18 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal, Gobierno del Estado de Puebla Secretaría de Salud
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Exploración física Clasificación de las hemorroides Educación para el paciente Seguimiento y control Tratamiento Quirúrgico Criterios de referencia al tercer nivel de atención
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna Reducción en la tasa de complicaciones
METODOLOGÍA ¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Búsqueda de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 27 Guías de práctica clínica: 12 Revisiones sistematizadas: 15 Ensayos controlados aleatorizados: cero Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 12 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Validación externa: Academia Mexicana de Cirugía
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los síntomas más comunes de la enfermedad hemorroidal?
2. ¿Cuáles son los signos más comunes en la patología hemorroidal?
3. ¿Cómo se establece el diagnóstico de la enfermedad hemorroidal?
4. ¿Cuáles son los criterios de clasificación clínica de la enfermedad hemorroidal?
5. ¿Cuál es la utilidad de los estudios de laboratorio y gabinete de la enfermedad hemorroidal?
6. ¿Cuáles son los tratamientos quirúrgicos disponibles para la enfermedad hemorroidal enfermedad hemorroidal?
7. ¿Cuales son criterios para referencia al tercer nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El 5% de la población presenta síntomas relacionados con las hemorroides, y la prevalencia de los síntomas alcanza el 50% a partir de los 50 años. Se calcula que aproximadamente del 50 al 75% de la población occidental presenta sintomatología hemorroidal en algún momento de su vida. Es la causa más común de sangrado de tubo digestivo bajo. En algún momento de la historia natural de la enfermedad llega a requerirse tratamiento quirúrgico.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **“Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal”**, 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 de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

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

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

- Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal
- Referencia oportuna al tercer nivel de atención
- Reducción en la tasa de complicaciones

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

3.3 DEFINICIÓN

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

Las hemorroides son estructuras constituidas por plexos vasculares venosos que forman almohadones a lo largo del canal anal. Las hemorroides ocasionan síntomas cuando presentan alteraciones estructurales del tejido hemorroidal (dilatación e ingurgitación) y/o de los tejidos de sostén adyacentes.

Las hemorroides se clasifican desde el punto de vista anatómico en internas y externas, las primeras se originan en los dos tercios superiores del conducto anal que esta revestida de epitelio cilíndrico. Las externas se encuentran en el tercio inferior del conducto anal por debajo de la línea dentada o línea anorrectal y se encuentra cubierta de piel.

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

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

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

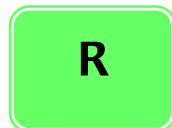
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

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

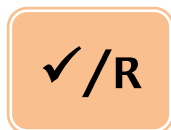
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E	Las causas más frecuentes de rectorragia en la consulta de atención primaria son las hemorroides y la fisura anal 5 Consenso de expertos. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002</i>
R	Se recomiendan un examen físico e interrogatorio completos en la evaluación inicial. Para identificar patologías anorrectales asociadas o comorbilidades B Revisión sistemática de estudios de cohorte con resultados concordantes. <i>Abramowitz 2001</i>
R	El diagnostico de enfermedad hemorroidal debe realizarse en base a la historia clínica, considerando los antecedentes, la exploración física y la clasificación según los datos identificados B Revisión sistemática de estudios de cohorte con resultados concordantes. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002</i>
E	CUADRO CLINICO <i>Sangrado por vía anal</i> indoloro tipo goteo, o salpicadura en la taza, o bien estría sanguinolenta en las heces tras la defecación o manchado del papel de aseo. Con el paso del tiempo las hemorroides tienden al prolapso y sangrado espontáneo sin relación con la evacuación <i>Anemia secundaria.</i> Si el sangrado es lo suficientemente prolongado puede producir anemia crónica y su sintomatología acompañante <i>Prolapso.</i> Es una manifestación tardía, puede dar lugar a secreción mucosa que provoca irritación anal definida como prurito. <i>Dolor</i> se produce en el caso de las hemorroides complicadas con trombosis y suele ser intenso 2 a Revisión sistemática de estudios de cohorte con resultados concordantes. <i>Hervás-Angulo 2009</i>

R

Se recomienda realizar un interrogatorio dirigido, en busca específica de datos de síndrome anémico

D

Consenso de expertos.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

4.1.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

R

Se recomienda valorar la existencia de palidez mucocutánea en la evaluación del paciente con rectorragia

B

Revisión sistemática de estudios de nivel 2 o superiores con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

R

En la inspección anal se ha de valorar la existencia de lesiones perianales, fístulas, fisuras, abscesos, hemorroides externas y/o procesos con prolapso a través del canal anal. En el tacto rectal se ha de valorar la presencia de masas.

D

Consenso de expertos.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

E

Si existen dudas acerca de que la rectorragia provenga de la enfermedad hemorroidal derivar al especialista

5

Consenso de expertos.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

4.1.3 ESTUDIOS DE GABINETE

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
R La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia no se recomiendan actualmente como pruebas de primera elección en los pacientes con rectorragia	A Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002</i>
R La anoscopia es una técnica que permite el diagnóstico de enfermedades anorrectales. Con la ventaja de ser factible su realización ambulatoriamente	A Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002</i>
R La colonoscopia y la sigmoidoscopia presentan un mayor rendimiento diagnóstico comparadas con el enema opaco	A Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios con homogeneidad. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002</i>

4.1.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E Las técnicas de cirugía menor más utilizadas son: la escleroterapia, la fotocoagulación con infrarrojos (CIR) o con láser, la electrocoagulación, la criocirugía y la ligadura con banda elástica (LBE). Todas estas técnicas preservan el tejido hemorroidal y se pueden realizar sin necesidad de anestesia general	2 b Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad [$< 80\%$ de seguimiento]. <i>Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002</i>

E

La mucosectomía circunferencial (con grapas) no extirpa las hemorroides, sino que las vacía al interrumpir la circulación arterial a través de la submucosa, con lo que éstas quedan tensadas hacia dentro introducidas en el canal anal. La mucosectomía circunferencial se ha mostrado superior a la hemorroidectomía convencional

2 a

Revisión Sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

E

Tanto la LBE (ligadura con banda elástica) como la coagulación con infrarrojos (CIR) muestran una eficacia similar, siendo la primera superior a largo plazo. No obstante, la CIR presenta índices menores de dolor y de complicaciones después del tratamiento que la LBE

2 b

Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad [$< 80\%$ de seguimiento].
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

E

La mucosectomía circunferencial se ha mostrado superior a la hemorroidectomía convencional para las variables de dolor post-operatorio y tiempo de recuperación aunque aumente el coste quirúrgico, permite una incorporación más temprana a su actividad

2 a

Revisión Sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

E

La mucosectomía circunferencial es una técnica que tiene una alta incidencia de enfermedad residual o recurrencia. Especialmente en pacientes con enfermedad grado IV

2 a

Revisión sistémica de estudios de cohorte con homogeneidad.
Jayaraman S 2006

E

Las técnicas de hemorroidectomía, tanto abiertas como cerradas, obtienen resultados igualmente buenos a cinco años de seguimiento

2 a

Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Abramowitz 2001

R

La cirugía en el caso de mujeres embarazadas sólo debe utilizarse en casos de urgencia. Es preferible esperar a la resolución del embarazo para el tratamiento definitivo

B

Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Abramowitz 2001

R

Se recomienda limitar los procedimientos quirúrgicos ambulatorios a casos con, enfermedad hemorroidal grados I y II y pacientes que habiten cerca del Hospital donde se realiza la intervención

B

Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Abramowitz 2001

Los métodos de hemostasia a base de

B

R

tecnología de radiofrecuencia mejoran y aceleran la recuperación postoperatoria.

Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad
Abramowitz 2001

R

El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico.

D
Consenso de expertos.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

R

La ligadura con banda elástica se muestra superior al resto de técnicas de cirugía menor.

B
Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

E

La cirugía se recomienda de inicio en pacientes con patología colorrectal agregada, a saber fistulas, fisuras y rectocele.

2 a
Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Altomare 2006

R

La hemorroidectomía es más eficaz que las técnicas de cirugía menor.

A
Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

R

La mucosectomía circunferencial se ha mostrado superior a la hemorroidectomía convencional

A
Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios con homogeneidad
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

R

La hemorroidectomía es una técnica especializada y requiere un entrenamiento específico, por lo que sólo debe llevarse a cabo por cirujanos entrenados

A
Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

R

Las técnicas de cirugía menor están indicadas en las hemorroides internas grados I-III

A
Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.
Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

La hemorroidectomía está indicada en las

A

R

hemorroides de grado IV y en aquellos pacientes que no responden a técnicas de cirugía menor

Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad.

Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias 2002

E

El envío de las piezas extirpadas a estudio histopatológico puede limitarse a casos de alto riesgo (v.gr. pacientes con leucemia, linfoma portadores de VIH) o casos con sospecha macroscópica de lesión maligna

1 a

Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios con homogeneidad.

Abramowitz 2001

4.1.5 CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Se recomienda la referencia en pacientes con alto riesgo de complicaciones peri operatorias, tanto hemorrágicas como infecciosas (v.gr. portadores de VIH, pacientes con coagulopatías) D Consenso de expertos. Altomare, 2006
R	Se recomienda la referencia en pacientes con leucemia o linfoma , por la posibilidad de cursar con actividad tumoral que semeje patología hemorroidal D Consenso de expertos. Abramowitz, 2001
R	Se recomienda la referencia de pacientes con complicaciones postoperatorias, como la incontinencia fecal o la estenosis anal D Consenso de expertos. Abramowitz, 2001

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D; Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP). [Clinical practice guidelines for the treatment of hemorrhoid disease]. *Gastroenterol Clin Biol* 2001; 25(6-7):674-702.
2. Altomare DF, Roveran A, Pecorella G, Gaj F, Stortini E. The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery. *Tech Coloproctol* 2006; 10(3):181-6.
3. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004; 126(5):1461-2.
4. Burch J, Epstein D, Baba-Akbari A, Weatherly H, Fox D, et al. Stapled haemorrhoidectomy (haemorrhoidopexy) for the treatment of haemorrhoids: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2008 Apr; 12(8): 1-193.
5. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48(2):189-94.
6. Corman ML, Gravié JF, Hager T, Loudon MA, Mascagni D, et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party - indications, contra-indications and technique. *Colorectal Dis* 2003; 5(4):304-10.
7. Giordano P, Gravante G, Sorge R, Ovens L, Nastro P. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs. conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg* 2009; 144(3):266-72.
8. Grupo de trabajo para guía de práctica clínica de rectorragias. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2002. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria Especializada: 2.
9. Jayaraman S, Colquhoun P, Malthaner R. Stapled hemorrhoidopexy is associated with a higher long term recurrence rate of internal hemorrhoids compared with conventional excisional hemorrhoids surgery. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1297-1305.
10. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18 (4): CD005393.
11. Place R, Hyman N, Simmang C, Cataldo P, Church J, Cohen J, Denstman F, Kilkenny J, Nogueras J, Orsay C, Otchy D, Rakinic J, Tjandra J; Standards Task Force; American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(5):573-6.
12. Hervás-Angulo A, Forcén-Alonso T. Guías Clínicas-Hemorroides. Guías Clínicas 2009; 9 (5). <http://www.fisterra.com/guias2/hemorroides.asp#hablamos> (consultado el 13 de agosto del 2009 13:00).
13. Ho YH, Buettner PG. Open compared with closed haemorrhoidectomy: meta-analysis of randomized controlled trials. *Tech Coloproctol* 2007; 11(2):135-43.
14. Laughlan K, Jayne DG, Jackson D, Rupprecht F, Ribaric G. Stapled haemorrhoidopexy compared to Milligan-Morgan and Ferguson haemorrhoidectomy: a systematic review. *Int J Colorectal Dis.* 2009 Mar; 24(3):335-344.
15. Madiba TE; Esterhuizen TM, Thomson SR. Procedure for prolapsed haemorrhoids versus excisional haemorrhoidectomy a systematic review and meta analysis. *S Afr Med J* 2009; 99: 43-53.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of hemorrhoids September 2007.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of hemorrhoids. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 Sep. 25 p.
18. NICE technology appraisal guidance 128 Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids ordering information September 2007 September 2007.
19. Nienhuijs S, de Hingh I. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic Hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 21(1):CD006761.
20. Lan P, Wu X, Zhou X, Wang J, Zhang L. The safety and efficacy of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of ten randomized control trials. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21(2):172-8.
21. Sgourakis G, Sotiropoulos G, Dedemadi G, Radtke A, et al. Stapled versus Ferguson hemorrhoidectomy: is there any evidence-based information? *Int J Colorectal Dis* 2008; 23:825-832.

22. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy. Br J Surg. 2005; 92(12):1481-7.
23. Patient Care Committee of The Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT). Surgical management of hemorrhoids. J Gastrointest Surg 2005; 9(3):455-6.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Puebla 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 el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Dr. Domingo Antonio Ocampo	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	
Dr. Luis Agüero y Reyes	Asesores de guías de práctica clínica
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

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

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Servicios de Salud en el Estado de Puebla:

Dr. José Alfredo Arango García
Secretario de Salud de Puebla

Dr. Juan Manuel Tetitla Munive.
Coordinador Estatal de Investigación

Dr. Wilfredo López Hernández,
Coordinador Estatal de 2o y 3er Nivel de Atención

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico