



Acreditado por el
 Consell Català de Formació Continuada
 de les Professions Sanitàries-
 Comisión de Formación Continuada del
 Sistema Nacional de Salud con
6,2 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



Síndromes menores

- | | |
|----|--|
| 1 | Aftas |
| 2 | Fiebre |
| 3 | Conjuntivitis y sequedad ocular |
| 4 | Estreñimiento |
| 5 | Prurito: interferencia en la calidad de vida |
| 6 | Diarrea |
| 7 | Cefalea |
| 8 | Dermatitis |
| 9 | Gripe y resfriado |
| 10 | Lumbalgia |
| 11 | Insomnio |
| 12 | Pirosis |
| 13 | Tos |
| 14 | Enfermedad hemorroidal |
| 15 | Prurito |

Atención farmacéutica

TEMA 14

Enfermedad hemorroidal

Irene Cordero Sánchez, M.^a José Díaz Gutiérrez, Yolanda García Oribe, Yolanda Gardeazabal Ayala, Estíbaliz Martínez de Luco García, María Martínez de Luco García

Farmacéuticas comunitarias. Miembros del grupo Sendabide del COFBI

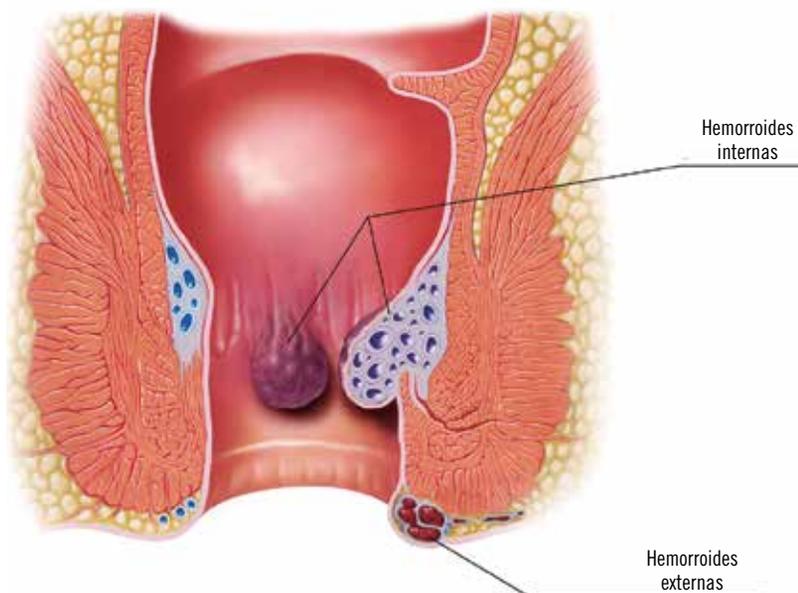
Definición

La enfermedad hemorroidal, también conocida como almorranas, es una alteración de la estructura de las venas, de los plexos hemorroidales y/o del tejido de sostén de la zona anorrectal.

A pesar de que las hemorroides son formaciones normales del organismo que, cuando son asintomáticas, no precisan tratamiento, este término suele utilizarse para referirse a la enfermedad hemorroidal.

El canal anal se sitúa entre la zona distal del recto y el ano. Mide aproximadamente 4 cm, y en su zona media se localiza la línea dentada. Ésta es una línea en la que el epitelio mucoso del recto, más insensible, da paso al epitelio escamoso del ano, muy sensible.

Por encima de la línea dentada se localizan los plexos hemorroidales internos, compuestos por almohadillas vasculares mucosas. Los plexos hemorroidales externos se sitúan en la zona distal más cercana al ano.



©JFalcetti/iStock/Thinkstock

Esta línea media es una estructura importante que se utiliza para clasificar las hemorroides en internas o externas, ya que la sintomatología varía según su localización.

Clasificación

Las hemorroides se clasifican en externas e internas en función de su localización.

Las externas, localizadas bajo la línea dentada, están cubiertas por un epitelio escamoso. Se manifiestan como uno o varios nódulos generalmente asintomáticos, aunque pueden causar prurito e incluso dolor intenso si se trombosan, o hemorragias cuando se ulceran. Las hemorroides internas, en cambio, se sitúan por encima de la línea dentada y están cubiertas por mucosa. Pueden manifestarse con rectorragia y prolapso. Debido a la irritación de la mucosa se acompañan de prurito, y en algunos casos puede haber mucosidad asociada. Raramente dan lugar a trombosis.

En función del prolapso, las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados (tabla 1):

Tabla 1. Clasificación de las hemorroides internas

Grado I	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado por el ano • Sin protrusión
Grado II	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado por el ano • Protrusión anal reversible de forma espontánea
Grado III	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado por el ano • Protrusión anal con reducción manual efectiva • Puede presentarse: <ul style="list-style-type: none"> – Secreción – Humedad – Prurito – Escape involuntario de heces
Grado IV	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado por el ano • Protrusión anal irreversible • Puede presentarse: <ul style="list-style-type: none"> – Secreción – Humedad – Prurito – Escape involuntario de heces

- Grado I. Se da protrusión en el canal anal sin prolapso al exterior de la almorrana.
- Grado II. Aparece un prolapso con resolución espontánea.
- Grado III. Hay prolapso que requiere reducción manual de la hemorroide.
- Grado IV. Existe un prolapso continuo que, tras su reducción, vuelve a aparecer de forma espontánea.

Las hemorroides internas de grado III y IV requieren intervención quirúrgica.

Etiología

Existen múltiples factores relacionados con el origen y la evolución de la patología hemorroidal:

- La edad avanzada.
- El embarazo y el parto.
- La menstruación, que se asocia a un incremento de las crisis hemorroidales.
- La sedestación prolongada, así como el permanecer largos periodos de pie.
- Ciertos hábitos alimentarios que conllevan baja ingesta de fibra y líquidos.
- Los procesos diarreicos y el estreñimiento crónico (aunque este último está más relacionado con el empeoramiento de la enfermedad hemorroidal que con su origen).
- La predisposición genética.
- Ciertas actividades deportivas (como ciclismo, correr, buceo...).
- Causas orgánicas: tumores pélvicos, trombosis de la vena porta, cirrosis hepática, cáncer colorrectal, obesidad, diabetes, gota.

Estos factores aumentan la fragilidad de los tejidos de sostén y de los plexos hemorroidales, lo que dificulta el retorno venoso.

Signos y síntomas

Aunque las hemorroides son a menudo asintomáticas, los signos y síntomas más frecuentes son:

- Prurito anal. Raramente está causado por las hemorroides en sí mismas, aunque es frecuente su aparición en aquellos casos en los que, debido al prolapso de la hemorroide interna,



©ARudolf/Stock/Thinkstock

existe una producción de moco en la mucosa rectal que irrita el tejido epitelial perianal.

- Rectorragia. En los primeros estadios de las hemorroides, puede aparecer un leve sangrado anal que se visualiza tras la defecación como pequeñas hebras sanguinolentas en las heces, salpicaduras en el retrete o manchado en el papel higiénico tras la limpieza. En caso de producirse un prolapso hemorroidal, puede presentarse sangrado espontáneo no relacionado con la defecación. Con menor frecuencia aparecen deposiciones hematoquécicas, con sangrado abundante por el canal anal.
- Prolapso. Es a veces el único síntoma de las hemorroides y puede resolverse de forma espontánea o precisar diversas maniobras para reducirlo.
- Anemia secundaria debido al sangrado más o menos profuso provocado en la hemorroide.
- Trombosis hemorroidal.
- Incontinencia fecal. Es una complicación tardía en hemorroides de grado IV resistentes a tratamiento.
- Dolor anal. Es un síntoma poco frecuente que aparece en hemorroides de grado IV, y se debe al estrangulamiento de la propia hemorroide. De hecho, el dolor se considera un signo de la presencia de estrangulamiento, ya que, como se ha indicado,

las hemorroides internas no suelen producir dolor.

- Inflamación e irritación anorrectal.
- Sensación de evacuación incompleta.

Epidemiología

Es la patología anorrectal más frecuente. El 50% de las visitas que se reciben en una unidad colorrectal son por este motivo.

Aunque se estima que la prevalencia está en torno al 5% en la población general, la frecuencia varía notablemente de unos estudios a otros, debido a que se trata de un trastorno por lo general leve y en muchas ocasiones el paciente no acude a la consulta.

Es más frecuente en mujeres y en las personas mayores de 50 años. Se da un pico de prevalencia entre los 45 y 60 años, y su presencia es baja en personas menores de 20 años y rara en la edad pediátrica.

Criterios de derivación

Es importante derivar al médico con rapidez cuando se dan las siguientes situaciones:

- Si existe malestar general, vómitos, fiebre u otros síntomas no reducidos al ámbito anal.
- Si al defecar se produce un sangrado, ya que podría ser un síntoma de una patología grave de colon o recto (diverticulitis, fisuras, colitis ulcerosa infecciosa entero-hemorrágica, carcinoma anorrectal, pólipos, malformaciones arteriovenosas, fístula anorrectal...) o tratarse de una úlcera. Si el sangrado es muy abundante, puede producir anemia, y a su vez hacer que la persona sufra mareos o incluso desmayos, por lo que éstos serían casos claros de derivación.
- Si los síntomas persisten durante más de 3 semanas, o si no se percibe remisión alguna después de más de 7 días de tratamiento.
- Si las hemorroides son crónicas o recidivantes.
- Si el dolor es severo o agudo.
- Si existe prolapso o trombosis. Las hemorroides acompañadas de un

prolapso rectal importante pueden requerir intervención quirúrgica.

- Si se detectan cambios intestinales (sobre todo en ancianos y personas de mediana edad) o variaciones de peso.
- Si se detecta tenesmo (deseo de defecar cuando no hay heces en el recto).
- Si se detecta la existencia de estreñimiento (asociado a dolor abdominal), incontinencia fecal o diarrea.

Además, deben remitirse al médico los niños menores de 7 años y las embarazadas.

Tratamiento

Ante los casos leves, puede ser suficiente la adopción de medidas higiénico-dietéticas dirigidas principalmente a combatir el estreñimiento y disminuir los síntomas locales, como picor o escozor.

Si estos síntomas no mejoran, se recomienda el tratamiento farmacológico y, en aquellos pacientes con hemorroides que no respondan ni a los fármacos ni a las medidas higiénico-dietéticas, se recurrirá al tratamiento quirúrgico. La cirugía también será de elección en casos de hemorragia severa aguda o crónica persistente.

Medidas higiénico-dietéticas

La mayoría de recomendaciones van encaminadas a conseguir un adecuado hábito intestinal, ya que prevenir el estreñimiento reduce las recurrencias de la clínica hemorroidal.

Las principales medidas son las siguientes:

- Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra (cereales, frutas, pan integral, etc.).
- Usar suplementos de fibra, que son especialmente recomendables tras la cirugía anorrectal
- Evitar la sedestación prolongada, aumentar la actividad física y perder peso.
- Tomar baños de asiento.
- Evitar la limpieza con papel higiénico tras la defecación y usar en su lugar agua tibia o toallitas húmedas sin alcohol.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento sintomático tópico

Aunque existen diferentes preparados comerciales para el tratamiento tópico de las hemorroides, hay pocos estudios que demuestren su eficacia.

Se emplean principalmente corticoides (hidrocortisona, fluocinolona, triamcinolona, prednisolona) y anestésicos locales (lidocaína, benzocaína, dibucaína), de forma aislada o combinándolos entre sí y/o con otros principios activos, como efedrina, subgalato de bismuto, mentol, heparinoides, dióxido de titanio, ruscogenina, óxido de zinc, etc.

Indicaciones

Están indicados para el tratamiento local sintomático de las manifestaciones asociadas a hemorroides, como inflamación anorrectal y prurito anal en adultos y en niños mayores de 12 años.

Posología y forma de administración

Vía rectal y/o anal.

- Antes de aplicar la pomada debe limpiarse adecuadamente la zona anorrectal con un jabón suave y agua templada, y secar con un paño o gasa limpio. También deben lavarse las manos antes y después de cada aplicación.
- Se aconseja realizar de 1 a 4 aplicaciones diarias (dependerá del preparado) con una cantidad de pomada equivalente a unos 2 cm. Es recomendable hacerlo por la mañana y por la noche, o después de cada deposición.
- En caso de que la vía de administración sea intrarrectal, debe usarse la cánula adjunta en cada preparado. Para ello se enrosca la cánula en el tubo y se introduce en el recto presionando el tubo para depositar la pomada, retirando lentamente la cánula a medida que se vacía. También se aconseja aplicar una pequeña cantidad de producto en la parte exterior del orificio anal y en los pliegues de los márgenes del ano.
- Por razones de higiene, y para evitar infecciones la cánula, sólo debe usarla un único paciente.

Tabla 2. Propiedades de los distintos principios activos para el tratamiento tópico de las hemorroides

Principio activo	Categoría	Lactancia	Observaciones
Hidrocloruro de Hidrocortisona	C	Uso seguro	
Fluocinolona	C	Uso seguro	Se recomienda el uso de otro corticoide menos potente
Prednisolona	C	Uso seguro	
Efedrina	C	Toxicidad potencial	
Lidocaína	B	Uso seguro	
Mentol	C	Uso seguro	
Benzocaína	C	No puede descartarse el riesgo en lactantes	
Ruscogenina	No disponible	No puede descartarse el riesgo en lactantes	No utilizar en piel erosionada ni herida abierta

Si los síntomas no mejoran en 7 días o si aparece hemorragia, deberá aconsejarse al paciente que consulte a su médico.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
- Hemorragia hemorroidal.
- Infecciones bacterianas, víricas o fúngicas en la zona en la que debe aplicarse el tratamiento.

Propiedades de los principios activos (tabla 2)

• **Corticoides.** Los corticoides tópicos tienen en general acción antiinflamatoria y antipruriginosa. Por ello disminuyen tanto los signos (eritema, edema, exudación...) como los síntomas (prurito, sensación de quemazón, dolor...). Su uso prolongado y en altas dosis o con oclusión aumenta el riesgo de reacciones adversas, que pueden ser locales (atrofia cutánea, estrías en la piel, dermatitis de contacto...) o sistémicas si se produce una excesiva absorción (posible supresión reversible del eje hipotálamo-hipofisario, con manifestaciones tales como síndrome de Cushing, hipertensión, edema, etc.). Estos efectos sistémicos son improbables si se respetan las dosis recomendadas.

- **Anestésicos locales.** Debido a su mecanismo de acción, contribuyen al alivio rápido del dolor asociado a las hemorroides. Su absorción a través de la piel intacta es escasa, aunque puede aumentar en caso de que la zona esté erosionada.
- **Efedrina.** Produce una importante vasoconstricción temporal de los vasos que nutren la piel y las mucosas. Debido a ello, si se administra durante periodos prolongados podría producir isquemia.
- **Heparinoides,** como el pentosano polisulfato sódico que, usado por vía tópica, previene la formación de trombos y favorece la regresión de los de pequeño tamaño. Prácticamente carece de reacciones adversas.
- **Alantoína.** Es un agente queratolítico con propiedades astringentes que ayuda a eliminar los tejidos epiteliales.
- **9-aminoacridina.** Es un antiséptico de acción lenta, bacteriostático frente a muchas bacterias grampositivas, pero menos eficaz frente a las gramnegativas.
- **Subgalato de bismuto.** Tiene propiedades astringentes y prácticamente no se absorbe a través de la piel.
- **Mentol.** Si se aplica localmente sobre la piel o las mucosas tiene un efecto antipruriginoso y refrescante. Produce dilatación de los vasos sanguíneos y

consigue una sensación de frescor, seguida de un efecto analgésico. Presenta escasa absorción a través de la piel.

- **Ruscogenina.** Tiene propiedades antiinflamatorias, antitrombóticas y venotónicas. Se utiliza en forma de pomada rectal o supositorio en el tratamiento de hemorroides tanto internas como externas. Los efectos adversos son escasos, aunque puede ocasionar prurito local.

Tratamiento oral

Fármacos flebotónicos

No se dispone de estudios suficientes que demuestren la efectividad de los tratamientos con medicamentos flebotónicos en las hemorroides.

Según datos extraídos de una revisión Cochrane de 2012, los flebotónicos reúnen una clase heterogénea de fármacos utilizados para tratar las hemorroides de primer y segundo grado y los episodios de trombosis. Su actuación se asocia a reforzamiento de las paredes vasculares, aumento del tono venoso, drenaje linfático y normalización de la permeabilidad capilar. Los estudios demostraron un efecto beneficioso de los flebotónicos en el tratamiento de los signos y síntomas de la enfermedad hemorroidal, así como en el alivio de síntomas tras la cirugía de hemorroides. A pesar de ello, son necesarios nuevos estudios que respalden su utilidad en esta patología, ya que desde 2011 se desaconseja su uso a raíz de una revisión realizada sobre su balance beneficio-riesgo.

Analgésicos

El analgésico de elección es el paracetamol. La dosis recomendada es de 650 mg cada 6-8 horas.

Los analgésicos opiáceos están contraindicados, ya que pueden producir estreñimiento, así como los antiinflamatorios no esteroideos en caso de sangrado anorrectal.

Fitoterapia

Además de la ruscogenina, que está presente en varios medicamentos de fabricación industrial, también pueden



emplearse algunas plantas medicinales:

- *Hamamelis*. Presenta acción antiinflamatoria y venotónica. Los principios activos que le confieren estas propiedades son los taninos y heterómidos flavónicos que se extraen de la corteza.
- *Castaño de Indias*. Tiene acción antiinflamatoria y venotónica además de antiedematosa. Las partes útiles de la planta son las semillas y la corteza, de donde extraemos la esciana, las proantocianidinas, los flavonoides y las cumarinas. En uso tópico debe administrarse de 1 a 3 veces al día, y como polvo de droga la dosis es de 275 mg de 3 a 6 veces al día. No se recomienda su uso pediátrico, y tampoco durante el embarazo y la lactancia.
- *Ruscus*. Ejerce una acción antiinflamatoria y venotónica. En este caso, se emplea el rizoma y las raíces para extraer la parte activa, la ruscogenina y los flavonoides. La dosis recomendada es de 7-11 mg de ruscogeninas al día por vía oral.
- *Mirtilo*. Tiene propiedades astringentes, vasoprotectoras y antiinflamatorias. La parte útil es el fruto maduro y las hojas. De ahí se extraen los taninos catéquicos antocianósidos y heterósidos de los flavonoides. Es importante emplearlo con especial precaución en pacientes con trastornos

hemorrágicos o que tomen anticoagulantes o antiagregantes, debido a las posibles interacciones con estos medicamentos. La posología recomendada es de 60-160 mg de extracto seco con un 36% de antocianósidos, 3 veces al día. No se recomienda en niños menores de 10 años.

- *Roble*. Tiene propiedades astringentes y antiinflamatorias gracias a los taninos que se extraen de la corteza y las ramas jóvenes. Se aplica en forma de baños de 20 minutos, preparando una decocción de 5 g por litro. Es importante no utilizarlo si hay ulceraciones.
- *Meliloto*. Presenta propiedades antiinflamatorias, tónico-venosas y de vasos linfáticos. Se emplean las partes aéreas desecadas para extraer las cumarinas y los flavonoides. Se desaconseja su uso en pacientes que estén en tratamiento con anticoagulantes orales debido a las posibles interacciones, y en aquellos con problemas hepáticos. Puede provocar problemas gastrointestinales leves y reacciones alérgicas. La dosis diaria recomendada es de 5 mg de cumarinas por vía oral.
- *Vid*. Tiene propiedades venotónicas, vasoprotectoras y astringentes. La parte útil son las hojas, de las que se extraen los flavonoides. Al igual que el meliloto, interacciona con anticoagulantes o antiagregantes plaqueta-

rios. Debe emplearse con especial precaución en pacientes con úlcera péptica o que tomen medicamentos con metabolismo del citocromo p450 y metotrexato (por el aumento de su actividad). Puede ocasionar molestias gastrointestinales leves. La posología recomendada es de 270-350 mg de extracto seco 3 veces al día durante 1 semana. Su uso en niños, embarazadas y madres lactantes está desaconsejado debido a la ausencia de datos de seguridad.

Tratamiento homeopático

En función de cuáles sean los síntomas predominantes, en la consulta médica homeopática se pueden prescribir distintas cepas.

• Congestión venosa:

- *Aesculus hippocastanum*. El paciente refiere una sensación de plenitud rectal, pinchazos en el recto y mucosa seca, ardiente y excoriada. Se puede prescribir *Aesculus* tintura madre a la 3 o 6 DH, en forma de gotas, gránulos o comprimidos, de 2 a 4 veces al día.
- *Arnica montana*. Es el medicamento de las venas y los capilares venosos. Existe una sensación de contusión agravada con el más ligero roce. Se prescribe *Arnica* 7 o 9 CH, en tomas de 5 gránulos cada 1-2 horas.
- *Nux vomica*. Alivia las hemorroides muy dolorosas que mejoran con aplicaciones frías o heladas. Se prescribe *Nux vomica* 7 o 9 CH, de 3 a 4 veces al día.
- *Aloe socotrina*. Se usa en caso de hemorroides ardientes en pacientes que presentan inseguridad esfinteriana o un *mucus* espeso gelatinoso. Se prescribe a la 5 o 7 CH, 5 gránulos 2 veces al día.
- *Sepia officinalis*. Está recomendada en episodios hemorroidales agudos cuando existe congestión pélvica, estreñimiento, dificultad en el retorno venoso en los miembros inferiores y hemorroides dolorosas con prolapso. Estas condiciones aparecen frecuentemente durante el embarazo y tras

el parto. Se prescribe a la 7 o 9 CH, de 2 a 4 veces al día.

• Hemorroides sangrantes:

- *Arnica montana*.
- *Collinsonia canadensis*. Está indicada en pacientes con estreñimiento que presentan heces gruesas difíciles de evacuar. Se prescribe a la 3 o 6 DH en forma de gotas.
- *Hamamelis virginiana*. Se usa en aquellos casos en los que aparecen hemorragias de sangre negra y sensaciones de dolor o estallido de las venas, con empeoramiento con el calor y al menor contacto. Puede prescribirse en diferentes diluciones, 3 DH, 6 DH o 3 CH.

• Tromboflebitis hemorroidal:

- *Lachesis mutus*. Está indicada en hemorroides violáceas, con hiperestesia al contacto, dolores pulsátiles o sensación de constricción del ano. Mejoran al sangrar y empeoran con el calor.
- *Muriaticum acidum*. Se utiliza en hemorroides inflamadas, de color azul oscuro, turgentes y muy dolorosas al menor contacto. Se prescribe a la 7 o 9 CH, 5 gránulos cada 1-2 horas, alternándolo con *Lachesis mutus* y *Arnica montana*.

• Hemorroides pruriginosas:

- *Fluoricum acidum*. Se usan en aquellos casos en los que, además de presentar picor, se cumple la condición de que mejoran con el frío y/o duchas frías y empeoran con el calor.
- *Paeonia officinalis*. El prurito es intenso y produce un incontenible deseo de rascado, y las hemorroides rezuman. Se utiliza a la 3 o 6 DH, de 3 a 4 veces al día.
- *Ratanhia*. Cumple las mismas condiciones y la misma posología que la *Paeonia*.

También puede recomendarse el uso de pomadas o supositorios, ya que aportan una acción descongestionante y lubricante y facilitan la expulsión de las heces. ●

Bibliografía

- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal (actualización 2007). *Gastroenterología y Patología*. 2008; 31 (10): 668-681. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-practica-clinica-sobre-el-13130908>. (Último acceso: diciembre de 2015)
- Bernal JC, Enguix M. Rubber-band ligation for hemorrhoids in a colorectal unit. A pros-

pective study. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005; 97(1).

Castañó García MT, Ruiz Rubio L, Vidal Aliaga JL. Monografías farmacéuticas. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Alicante, 1998; 865.

Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS-CIMA. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>. (Último acceso: diciembre de 2015)

DRUGDEX® System (electronic version). Truven Health Analytics, Greenwood Village, Colorado, USA. Disponible en: <http://www.micromedexsolutions.com/> (Último acceso: diciembre de 2015)

Fitoterapia.net. Plantas medicinales. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net/vademecum/plantas/>. (Último acceso: diciembre de 2015)

Jovanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. *Terapia homeopática. Tomo 1. Posibilidades en patología aguda*. Barcelona: CEDH, 2004; 244-247.

Múrua A. Hemorroides. *Conceptos actuales. Cuadernos de Cirugía*. 2000; 14(1): 55-58.

Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, et al. Flebotónicos para las hemorroides. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 8. Art. No.: CD004322. DOI: 10.1002/14651858.CD004322.

Protocolo de tratamiento de hemorroides en farmacia comunitaria. En: *Farmacia Osasun. Manual de atención farmacéutica*. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, 2003.

Sabio E, Navarro B, Gómez P, Panadero FJ. Hemorroides. *Panorama Actual de Medicamento*. 2010; 34(331): 132-137.

