

Aproximación al estado actual de la proctología en Andalucía: resultados de una encuesta comunitaria

Fernando de la Portilla^a, Ricardo Belda^b, Gonzalo Gutiérrez^c, Alberto de la Rosa^d, Manuel Ruiz^e y María Sucas^f

^aUnidad Clínica de Coloproctología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

^cServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

^dServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

^eServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

^fServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Resumen

Objetivos. La proctología ha adquirido tal complejidad que requiere una capacitación específica, así como la creación de grupos especializados. En Andalucía hay proctólogos en toda la red sanitaria pública. Resulta imprescindible medir el nivel de calidad ofrecido en los diferentes procesos, con el fin de poder mejorarlo. Nuestro objetivo es conocer los medios disponibles y cómo se está llevando a cabo el manejo de estos pacientes para poder aplicar las mejoras.

Materiales y método. Estudio descriptivo, multicéntrico y transversal sobre el estado de la proctología en los servicios de cirugía general en 25 hospitales de Andalucía (20 públicos y 5 privados). Se empleó una encuesta que reflejaba generalidades del hospital, pruebas disponibles y tratamientos empleados.

Resultados. En el 65,38% hay una unidad de coloproctología. Hay consulta monográfica sólo en el 38,46%. Disponen de manometría y ecografía endoanal el 50 y el 58%, respectivamente. El tratamiento de hemorroides es predominantemente con hemorriodectomía (92,30%). El tratamiento médico y la esfinterotomía son los más empleados en la fisura, y la dilatación anal aún se practica en el 30,76%. El sedal se utiliza en el 92,30%, así como la fistulotomía (88,46%) para tratar la fístula. El tratamiento del sinus es la exéresis en bloque y cierre primario (54,16%). Respecto a las enfermedades del suelo pélvano, entre el 30 y el 44% reconocen que la experiencia es escasa.

Conclusiones. Aunque existe una gran voluntad de avanzar y alcanzar un nivel científico adecuado, debemos corregir multitud de gestos que han quedado obsoletos. Herramientas como la evidencia científica, la gestión de la información y la evaluación mediante la comparación con estándares, se debe incluirlos con diligencia en nuestra práctica clínica.

Palabras clave: Proctología. Calidad. Auditoria. Análisis del proceso.

APPROACH TO THE CURRENT SITUATION OF PROCTOLOGY IN ANDALUSIA (SPAIN): RESULTS OF A COMMUNITY SURVEY

Objective. Proctology has acquired such complexity that it requires a specific qualification, as well as the creation of specialized groups. In Andalusia there are proctologists throughout the public health system. Measurement of the quality of the distinct processes is essential. The aim of the present study was to determine the resources available, as well as to identify the management of these patients, with a view to identifying areas requiring improvement.

Materials and method. A descriptive, multicenter, cross sectional study of the current situation of proctology in general surgery services in 25 hospitals in Andalusia (20 public and 5 private) was performed. A survey was used to identify the general characteristics of the hospital, the tests available, and the treatments used.

Results. A total of 65.38% of the hospitals have a coloproctology unit, while a drop-in outpatient clinic is available in only 38.46%. Manometry and anal endosonography are available in 50% and 58%, respectively. Treatment of hemorrhoids is predominantly hemorrhidectomy (92.30%). Medical treatment and sphincterotomy are the most widely used treatments for anal fissure, and anal dilation is still performed in

Correspondencia: Dr. F. de la Portilla de Juan.
Unidad Clínica de Coloproctología. Hospital Juan Ramón Jiménez.
Ronda Norte, s/n. 21005 Huelva. España.
Correo electrónico: delaportilla@ya.com

Manuscrito recibido el 19-8-2005 y aceptado el 5-10-2005.

30.76%. Seton is used in 92.30%, as well as fistulotomy (88.46%), to treat fistula. The most frequent treatment of sinus is en-bloc resection and primary closure (54.16%). Between 30% and 44% report little experience of pelvic floor disorders.

Conclusion. Although there is a willingness to achieve progress and reach an adequate scientific level, a multitude of obsolete practices should be corrected. Tools such as scientific evidence, information management and evaluation by means of comparison with standards should be diligently included in our clinical practice.

Key words: Proctology. Variability. Audit. Process analysis.

Introducción

Desde que la proctología comenzara a desarrollarse en la segunda mitad del siglo xix en el prestigioso Hospital de St Mark's en Londres, el nivel de conocimientos y su aplicación práctica han sido cada vez mayores y más sofisticados¹.

Esta mayor complejidad ha hecho que para abordar estas enfermedades se tenga que recurrir a equipos multidisciplinares, en los que coexisten múltiples áreas de conocimientos².

La creación de unidades de coloproctología en los servicios quirúrgicos es una práctica que se está extendiendo en los hospitales españoles; Andalucía no ha quedado atrás en este impulso de la subespecialidad, de manera que han surgido en los últimos años varios grupos de trabajo.

El objetivo primordial de este trabajo ha sido conocer cómo se está llevando a cabo el manejo de estos pacientes, y analizar la forma en que se realiza para poder aplicar mejoras. Para ello es fundamental conseguir información fidedigna y representativa. Toda la información obtenida servirá como instrumento para medir el nivel de calidad que ofrece cada grupo quirúrgico en los diferentes procesos, tomando como referencia los estándares disponibles, con el fin de poder mejorarlos en determinadas partes concretas.

Materiales y método

A principios del año 2005, se realizó un estudio descriptivo, multicéntrico y transversal sobre el estado de la proctología en los servicios de cirugía general de todos los hospitales correspondientes a la red pública sanitaria de Andalucía, así como en los hospitales privados con actividad proctológica reconocida que quisieran participar.

La red pública sanitaria de Andalucía está compuesta en la actualidad por 29 hospitales públicos (15 comarcales, 9 de especialidades y 5 regionales).

Se entrevistó personalmente o por teléfono a 26 especialistas involucrados en la atención directa a estos pacientes o, en caso de no existir la especialidad, a cualquier cirujano del servicio, en 25 hospitales andaluces; se completó una encuesta anónima de 25 preguntas en total, estructurada en 3 secciones: la primera hace mención a las características generales de cada centro y la actividad en proctología, la segunda, a todo lo referente al laboratorio anorrectal y, por último, la tercera, al manejo de los principales procesos proctológicos (hemorroides, fisura, fistulas, sinus, estenosis anal y enfermedades del suelo pélvano) (tabla 1).

La parte modular del cuestionario estaba constituida por el abordaje diagnóstico y terapéutico de los procesos asistenciales más frecuentes, en ellos se indagó sobre 3 aspectos: características de las enfermedades atendidas, tratamientos utilizados y sus complicaciones.

Se realizó un análisis estadístico con los datos obtenidos, y se determinó la distribución de frecuencia de cada una de las variables.

Resultados

Hospitales participantes

Participaron, en total, 25 hospitales, 20 de los cuales son públicos, y representan, por lo tanto, un 68,76% del total de hospitales públicos de la red sanitaria andaluza, y 5 privados. Se recibieron 26 encuestas; la distribución por niveles hospitalarios se muestra en la figura 1.

El tamaño muestral alcanzado en nuestro trabajo representa de forma adecuada a los hospitales públicos andaluces, ya que todos los hospitales regionales y de especialidades están recogidos; quedando fuera del estudio sólo 8 hospitales comarcales que no contestaron a la encuesta por diversos motivos.

Características de los servicios y unidades encuestadas

La actividad quirúrgica puramente proctológica de los servicios encuestados fue: en el 80-100% de actividad total, 0 encuestas; el 60-80%, 0 encuestas; el 40-60% de actividad,

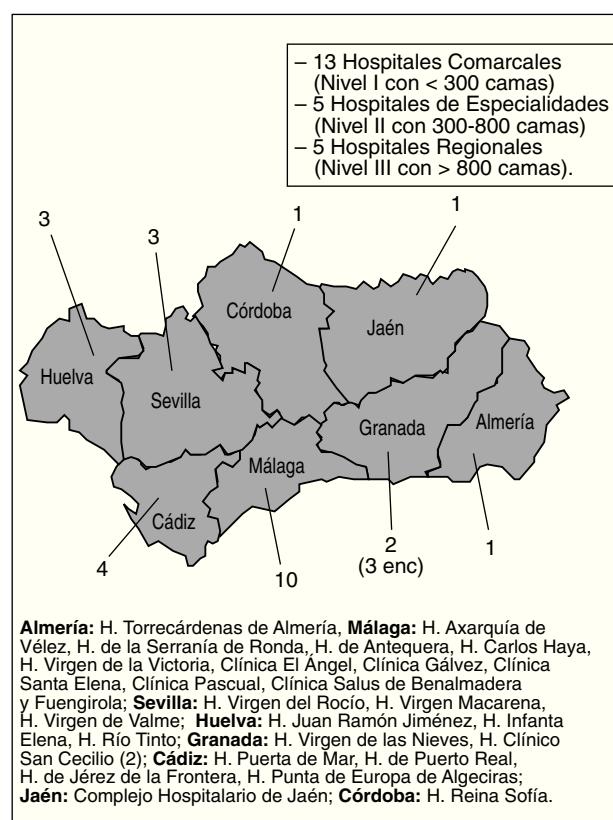


Fig. 1. Hospitales que participaron en la encuesta y su distribución geográfica.

TABLA 1. Encuesta sobre patología anorrectal

1. ¿Existe en el hospital algún grupo de profesionales encargados de la coloproctología?
 - Sí
 - No

En caso afirmativo, diga cuántos lo integran.
2. ¿Qué porcentaje de enfermos ocupa la proctología en la actividad de quirófano del hospital?
 - 100-80%
 - 80-60%
 - 60-40%
 - 40-20%
 - < 20%

Sobre laboratorio anorrectal

3. ¿Existe una consulta monográfica a la proctología?
 - Sí
 - No
4. Señale qué pruebas se realizan:
 1. Proctoscopia
 2. Manometría anorrectal
 3. Electromiografía y latencias motoras
 4. Ecografía anal
 5. Defecografía
 6. Tránsito de radiomarcadores para el estreñimiento
 7. Otros
5. En el caso de que no se realicen algunas, ¿qué se hace con el paciente?
 1. Se deriva a otro hospital
 2. Simplemente se opera sin hacérsela
 3. Se emplean métodos alternativos
 4. Otros

Sobre hemorroides

6. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital?
 1. Esclerosis
 2. Banding
 3. Crioterapia
 4. Fotocoagulación infrarroja
 5. Milligan Morgan
 6. Fergunson
 7. Anopexia circular (técnica de Longo)
 8. Otros:
7. Indicar en cada grado hemoroidal el tratamiento más frecuentemente aplicado:
8. Ante una trombosis hemoroidal, el tratamiento más empleado es:
 - Tratamiento médico
 - Trombectomía
 - Hemoroidectomía de urgencia
9. ¿Conoce el tipo y el porcentaje de complicaciones con los tratamientos que aplica?
 - Sí
 - No
 - En caso afirmativo, indicar cuál/es

Sobre fisura anal

10. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital?
 1. Fibra, laxantes, AINE, baños de asiento
 2. Nitroglicerina al 0,2%
 3. Diltiazem
 4. Nifedipina
 5. Toxina botulínica
 6. Dilatación anal
 7. Esfinterotomía
 8. Colgajo mucocutáneo
 9. Otros:
11. ¿Conoce el tipo y el porcentaje de complicaciones con los tratamientos que aplica?
 - Sí
 - No

En caso afirmativo, indicar cuál/es:

TABLA 1. (Continuación)

Sobre las fistulas anales

12. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital?
1. Sedal
 2. Fistulotomía
 3. Fistulectomía y colgajo mucoso
 4. *Core-out*
 5. Colostomía
 6. Otros:
14. Ante una fistula compleja, ¿cuál es el tratamiento más empleado en su hospital?
15. ¿Conoce el tipo y el porcentaje de complicaciones con los tratamientos que aplica?
- Sí
 - No

En caso afirmativo, indicar cuál/es

Sobre sinus pilonidal

16. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital?
1. Fistulotomía
 2. Exéresis en bloque sin cierre primario
 3. Exéresis en bloque y cierre primario
 4. Exéresis y marsupialización
 5. Bascom
 6. Colgajos varios
 7. Otros:
17. Ante un *sinus pilonidal simple*, ¿cuál es el tratamiento más empleado en su hospital o en el hospital de referencia donde lo operan?
18. ¿Conoce el tipo y el porcentaje de complicaciones con los tratamientos que aplica?
- Sí
 - No

En caso afirmativo, indicar cuál/es:

Sobre la estenosis anal

19. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital?
1. Simple anotomía
 2. Martin (colgajo mucoso)
 3. Colgajos de piel (triángulo, casa, Y-V, etc.)
 4. Otros:
5. La experiencia es anecdótica, casi nunca se operan
20. ¿Conoce el tipo y el porcentaje de complicaciones con los tratamientos que aplica?
- Sí
 - No

En caso afirmativo, indicar cuál/es:

Sobre la patología del suelo pelviano

21. ¿Existe una unidad de suelo pelviano en el hospital, integrado por urólogos, ginecólogos, etc.?
- Sí
 - No
22. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital para el prolапso rectal?
- Delorme
 - Rectosigmoidectomía perineal
 - Rectopexia con malla abierta
 - Rectopexia con malla laparoscópica
 - Rectopexia-resección abierta
 - Rectopexia-resección laparoscópica
 - Habitualmente no se trata este tipo de patología
23. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos se aplican en el hospital para el rectocele?
1. Técnicas vaginales
 2. Técnicas endorrectales
 3. Técnicas perineales
 4. Habitualmente la tratan los ginecólogos
 5. Habitualmente no se tratan en el hospital
24. Para diagnosticar la incontinencia, señale qué emplean:
1. Ecografía endoanal
 2. RM
 3. Electromiografía
 4. Manometría anal
25. Tratamientos que emplean para el tratamiento de la incontinencia fecal:
1. Tratamientos farmacológicos
 2. *Biofeedback*
 3. Esfinteroplastia
 4. Plicatura del suelo pelviano
 5. Plastias musculares estimuladas o no
 6. Esfínter anal artificial
 7. Estimulación de raíces sacras
 8. Implantes de silicona
 9. Colostomía
 10. Habitualmente no se tratan o es anecdótico el tratamiento

TABLA 2. Principales datos de la encuesta, según hubiera o no un grupo especializado en coloproctología

	Grupos sin dedicación (n = 9), n (%)	Grupos con dedicación (n = 17), n (%)
Públicos	7 (77,7)	14 (82,3)
Privados	2 (22,2)	3 (17,6)
Sobre actividad de proctología en el quirófano		
40-20%	0	6 (35,2)
< 20%	9 (100)	11 (64,7)
Sobre laboratorio anorrectal		
Proctoscopia	7 (77,7)	17 (100)
Manometría	5 (55,5)	7 (41,1)
Electromiografía	0	3 (17,6)
Ecografía anal	5 (55,5)	9 (52,9)
Defecografía	1 (11,1)	4 (23,5)
Tránsito con radiomarcadores	0	4 (23,5)
Sobre hemorroides		
Esclerosis	1 (11,1)	5 (29,4)
Banding	3 (33,3)	9 (52,9)
Crioterapia	0	1 (5,8)
Fotocoagulación con infrarrojos	0	1 (5,8)
Milligan Morgan	8 (88,8)	16 (94,1)
Ferguson	2 (22,2)	10 (58,8)
Anopexia circular	5 (55,5)	8 (47)
Sin complicaciones conocidas	6 (66,6)	11 (64,7)
Sobre fisura anal		
Tratamiento	8 (88,8)	17 (100)
Nitroglicerina	3 (33,3)	10 (58,8)
Diltiazem	1 (11,1)	3 (17,6)
Nifedipina	1 (11,1)	2 (11,7)
Toxina botulínica	0	2 (11,7%)
Dilatación anal	3 (33,3)	5 (29,4)
Esfinterotomía	9 (100)	17 (100)
Colgajos	0	5 (29,4)
Sin complicaciones conocidas	9 (100)	10 (58,8)
Sobre la fistula		
Sedal	8 (88,8)	16 (94,1)
Fistulotomía	7	16 (94,1)
Fistulectomía y colgajo	4 (44,4)	10 (58,8)
Core-out	2 (22,2)	7 (41,1)
Colostomía	0	6 (35,2)
Inyección	0	1 (5,8)
Sin complicaciones conocidas	4 (44,4)	14 (82,3)
Sobre sinus pilonidal		
Cierre por intención 1. ^º	9 (100)	6 (35,2)
Cierre por intención 2. ^º	8 (88,8)	8 (47)
Marsupialización	5 (55,5)	2 (11,7)
Por igual 1. ^º y 2. ^º	0	1 (5,8)

0 encuestadas; el 20-40% de actividad, 8 (30,76%) encuestadas y < 20% de actividad quirúrgica total del servicio en 18 (69,23%) encuestadas. Aunque ninguna pudo indicar de forma exacta el número de casos proctológicos que operan.

En 17 (65,38%) encuestadas se señala que hay algún grupo de profesionales encargados del tratamiento de estos procesos exclusivamente. En algunos casos, como en Granada, hay hasta 2 grupos en un mismo hospital. La media de profesionales que lo integran fue de 2 (2-4),

TABLA 2. (Continuación)

	Grupos sin dedicación (n = 9), n (%)	Grupos con dedicación (n = 17), n (%)
Sobre patología suelo pélvano		
Existencia unidad	0	2 (11,7)
Prolapso rectal	0	7 (41,1)
Delorme	0	0
Rectosigmoidectomía transperineal	0	1 (11,1)
Rectopexia con malla abierta	1 (11,1)	8 (47)
Rectopexia con malla por laparoscopia	1 (11,1)	4 (23,5)
Rectopexia resección abierta	4 (44,4)	6 (35,2)
Rectopexia resección laparoscopia	0	2 (11,7)
Habitualmente no se tratan	9 (100)	2 (11,7)
Rectocele		
Técnicas vaginales	0	5 (29,4)
Técnicas endorrectales	1 (11,1)	5 (29,4)
Técnicas perineales	3 (33,3)	4 (23,5)
Habitualmente los ginecólogos	0	4 (23,5)
No se tratan	5 (55,5)	3 (17,6)
Incontinencia fecal		
Diagnóstico por:		
Ecografía anal	4 (44,4)	11 (64,7)
RM	4 (44,4)	4 (23,5)
Electromiografía	1 (11,1)	3 (17,6)
Manometría anal	4 (44,4)	13 (76,4)
Tratamientos		
Farmacológico	2 (22,2)	7 (41,1)
Biofeedback	4 (44,4)	10 (58,8)
Esfinteroplastias	1 (11,1)	8 (47)

RM: resonancia magnética.

la mayoría trabaja en hospitales públicos. En todas las provincias existen estas "unidades especializadas". Se consideró como unidad funcional aquella en la que varios profesionales dedican su actividad con exclusividad a diagnosticar, tratar y hacer un seguimiento de los pacientes con afecciones colorrectoanales, que puede o no estar dentro de un servicio de cirugía general, independientemente del número de integrantes o de la disponibilidad total o parcial y gestión propia de un laboratorio anorrectal.

En la tabla 2 se especifican los principales datos divididos en 2 grupos, en función de si tenían una especial dedicación al tratamiento de estos procesos o no.

Sobre el laboratorio anorrectal y otros métodos diagnósticos

Sólo 10/26 (38,46%) encuestados contestaron que existe una consulta monográfica de coloproctología; en los 16 restantes (61,53%) se realiza la actividad en consultas de cirugía general sin filtro previo de las enfermedades a atender.

Respecto a las pruebas diagnósticas de la que disponen, todos tienen posibilidad de realizar una proctoscopia (24/24 encuestados, 2 no contestaron este ítem), sólo la mitad de los encuestados (12/24 encuestados) dispone de la posibilidad de practicar o solicitar una manometría, un 58,33% (14/24 encuestados) puede realizar o solicitar una ecografía anorrectal; un 20,83% (5/24 encuestados), defe-

cografía y, por último, un 16,66% (4/24 encuestadas), tránsito de radiomarcadores.

Ante la pregunta de qué hacer en caso de no disponer de alguna de las pruebas, de los 25 que contestaron, 14 (56%) derivan a otro hospital, 11 (44%) operan al paciente sin practicarlas aún necesitándolas (sobre todo en la incontinencia fecal y el prolaps rectal) y, por último, 12 (3%) buscan un método diagnóstico alternativo.

Sobre el tratamiento de la enfermedad hemorroidal

Sobre los tratamientos utilizados para resolver la afeción hemorroidal se contestó en 26 encuestas: esclerosis, 6 (23,07%) encuestados; bandas hemorroidales, 12 (46,15%) encuestados; crioterapia, 1 (3,84%) encuestado; fotocoagulación con infrarrojos, 1 (3,84%) encuestado; hemorroidectomía de Milligan-Morgan, 24 (92,30%) encuestados; hemorroidectomía de Ferguson, 12 (46,15%) encuestados, y por último, anopexia circular, 13 (50%) encuestados.

En el tratamiento de la trombosis hemorroidal, la trombectomía es el más utilizado (18/25 encuestas; 72%), seguido de la hemorroidectomía (8/25 encuestas; 30,76%) y el tratamiento médico (7/25 encuestas; 28%).

La mayoría de los encuestados (17/26; 65,38%) reconoce desconocer las complicaciones de los tratamientos que aplica.

Sobre el tratamiento de la fisura anal

Los distintos tratamientos utilizados para el tratamiento de la fisura anal fueron (respuestas en 26 encuestas): fibra, laxantes, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), baños de asiento (92,30%), nitroglicerina al 0,2% (50%), diltiazem tópico (15,38%), nifedipina tópica (11,53%), toxina botulínica (7,69%), dilatación anal forzada (30,76%), esfinterotomía (100%) y, por último, colgajos mucocutáneos (19,23%). Dos encuestados destacan la utilización de nitroglicerina al 0,3%.

La mayoría de los encuestados (19/26; 73,07%) reconoce desconocer las complicaciones de los tratamientos que aplica.

Sobre el tratamiento de la fistula anal

Los distintos tratamientos utilizados para el tratamiento de la fistula anal fueron (respuestas en 26 encuestas): sedal, 24 (92,30%) encuestas; fistulotomía, 23 (88,46%) encuestas; fistulectomía y colgajo mucoso, 14 (53,84%) encuestas; core out, 9 (34,61%) encuestas; colostomía, 6 (23,07%) encuestas y, por último, biopegamientos, 2 (7,69%) encuestas.

Ante una fistula compleja, la mayoría de los encuestados 15/26 (60%) reconoce haber utilizado un sedal como tratamiento; fistulotomía, 3 (12%) encuestados; core out, 3 (12%) encuestados; colgajo, 3 (12%) encuestados; inyección de biopegamientos, 1 (4%) encuestado, y una colostomía anecdóticamente, 1 (4%) encuestado. Un 12% (4 encuestados) ha derivado alguna vez a sus

pacientes ante la imposibilidad de tratar la fistula adecuadamente.

La mayoría de los encuestados (18/26; 69,23%) reconoce desconocer las complicaciones de los tratamientos que aplica.

Sobre el tratamiento del sinus pilonidal

Los distintos tratamientos utilizados para el sinus pilonidal fueron (26 encuestas): simple fistulotomía, 5 (19,23%) encuestas; exéresis en bloque y cierre segunda intención, 15 (57,69%) encuestas; exéresis en bloque y cierre primario, 16 (61,53%) encuestas; exéresis y marsupialización, 7 (26,92%) encuestas y, por último, empleo de colgajos, 3 (11,53%) encuestas.

Al preguntar cuál es la técnica más frecuentemente empleada de todas las que se realizan para tratar el sinus concretamente, las respuestas fueron: exéresis en bloque y cierre primario, 13/24 (54,16%) encuestas; exéresis en bloque y cierre por segunda intención, 8/24 (30,76%) encuestas y, por último, marsupialización, 3/24 (11,53%) encuestas.

La mayoría de los encuestados (15/21; 71,42%) reconoce desconocer las complicaciones de los tratamientos que aplica.

Sobre el tratamiento de la estenosis anal

La mayoría de los encuestados 15/26 (57,69%) reconoce que la experiencia de su hospital es anecdótica, 3 (11,56%) encuestados contestan haber realizado una anotomía simple; 5 (23,80%) encuestados, un colgajo mucoso de Martin, y 4 (15,38%) encuestados, otros colgajos de piel.

La mayoría de los encuestados (25/26; 96,15%) reconoce desconocer las complicaciones de los tratamientos que aplica.

Sobre las enfermedades del suelo pélvano

Sólo 2/26 (7,69%) encuestados reconocen la existencia de una unidad multidisciplinaria encargada de esta enfermedad.

En lo referente al tratamiento del prolaps rectal, la mayoría 11/26 (42,30%) contesta que en su hospital no lo tratan habitualmente. De los que lo realizan, 7 (26,92%) encuestados contestan utilizar la técnica de Delorme; 9 (34,61%) encuestados, la rectopexia con malla por laparotomía; 5 (19,23%) encuestados, igual pero por vía laparoscópica; 10 (38,46%) encuestados, la rectopexia-resección por laparotomía; 2 (7,69%) encuestados, igual por vía laparoscópica y, por último, 1 (3,84%) encuestado comenta practicar rectosigmoidectomía por vía perineal.

Las técnicas empleadas en el tratamiento del rectocele fueron: 5/25 (20%) encuestados utilizan técnicas vaginales; 6 (24%) encuestados, endorrectales; 7 (28%) encuestados, perineales; 4 (16%) encuestados comentan que operan los ginecólogos y, por último, 8 (32%) en-

cuestados dicen que habitualmente no se trata esta enfermedad en su hospital.

Por último, en lo que respecta a la incontinencia fecal, en cuanto al método que utilizan en el diagnóstico de este proceso, 15/22 (68,18%) encuestados comentan utilizar la ecografía endoanal; 8 (36,36%) encuestados, la resonancia magnética (RM); 4 (18,18%) encuestados aún utilizan la electromiografía y, por último, 17 (77,27%) encuestados, la manometría.

Sin embargo, 11/25 (44%) encuestados contestan que habitualmente no se trata o es anecdótico el tratamiento de este proceso. Y de los que lo realizan, 9 (36%) encuestados emplean tratamiento farmacológico; 14 (56%) encuestados, *biofeedback*; 9 (36%) encuestados, esfinteroplastia; 1 (4%) encuestado, plicadura del suelo pélvano; 2 (8%) encuestados, esfínter anal artificial; 1 (4%) encuestado, estimulación de raíces sacras; 1 (4%) encuestado, implantes de biomateriales, y 1 (4%) encuestado, colostomía.

Discusión

Actualmente en todo el mundo se han ido creando grupos de trabajo especializados en el diagnóstico y el tratamiento de estos procesos; en España, en los últimos años y gracias al trabajo de reconocidos compañeros se ha conseguido que la proctología alcance un alto nivel científico².

Según vemos, en Andalucía existen 17 unidades con dedicación plena al tratamiento de estos procesos, al menos hay una en cada provincia, y ocupan toda la red pública sanitaria de Andalucía (en todos los niveles asistenciales), y por tanto con capacidad de atender de forma idónea procesos proctológicos de mayor o menor complejidad. Por el contrario, el impacto de la medicina privada es insignificante.

En el 69,23% de los servicios de cirugía general encuestados los procedimientos proctológicos ocupan menos del 20% de la actividad total quirúrgica del servicio. Tenemos que tener en cuenta que la mayor presión asistencial de estas unidades es la patología neoplásica colorrectal. A esto se le añade que varios de los procesos se realizan en hospitales de corta estancia y en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Para tener una idea del porcentaje asistencial real, habría que considerar estos centros, aunque en ellos atienden cirujanos generales sin exclusividad en la proctología. Cabe señalar, como es lógico, que los mayores porcentajes de actividad se dan en los grupos con dedicación exclusiva.

En torno a la proctología se ha generado, en los últimos años, un verdadero laboratorio para el estudio de estos procesos, con multitud de pruebas, muchas de ellas costosas y complejas, y se requiere una especial capacitación para su manejo³⁻⁵.

En nuestra encuesta vemos que hay pocas consultas de este tipo en nuestros hospitales (38,46%), lo que indica, probablemente, una menor calidad en la atención de estos pacientes. Estos datos chocan con la alta disponibilidad de pruebas que se tiene; la mitad tiene manometría; en 14/24, ecografía endoanal, y hasta un 20,83%, pruebas más complejas como una videodefecografía. Pero ocurre que muchas de estas exploraciones las reali-

zan otros especialistas, la mayoría de las veces fuera de un equipo multidisciplinar. Hemos detectado una disparidad en la relación unidad funcional/consulta monográfica, de manera que algunas unidades, que se denominan como tal, no deben realizar su actividad de consulta con dedicación a la coloproctología en exclusiva; así como un déficit claro en la existencia de laboratorios bien dotados en los grupos especializados.

Ante la imposibilidad de realizar alguna prueba, el 56% de los encuestados deriva al paciente a otro hospital y hasta un 44% opera al enfermo sin realizarla. Esta última opción sería la más criticable, aún más sabiendo que en su comunidad se dispone de todos los medios posibles para atender al paciente. Cabría realizar un mapa comunitario donde se especifique una cartera diagnóstica y su disponibilidad.

La enfermedad hemorroidal es de las más prevalentes y tratable fácilmente mediante técnicas no quirúrgicas (p. ej., bandas elásticas)⁶.

En nuestra encuesta podemos ver una pobre utilización de estas medidas; de hecho en menos de la mitad de los hospitales encuestados (46,15%) se utilizan las bandas, cuando debería ser el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de hemoroides.

El tratamiento quirúrgico mediante hemoroidectomía clásica o las nuevas técnicas de anoplastia circular son medidas terapéuticas que se deben reservar a casos seleccionados⁷.

Sin embargo, nuestros datos señalan una gran profusión de tratamientos quirúrgicos, el 92,30% realiza una hemoroidectomía, y la más utilizada es la de Milligan-Morgan. La mitad de los encuestados dice haber realizado alguna anopexia circular, aunque no con frecuencia.

No cabe duda de que el tratamiento recomendado para tratar una trombosis hemoroidal de corta evolución es la escisión hemorroidal. Nuestro estudio señala que la trombectomía (72%) es el tratamiento más utilizado frente a la escisión (28%).

La fisura anal también es una afección con una alta incidencia en nuestro medio. El tratamiento conservador mediante medidas terapéuticas no quirúrgicas, como la nitroglicerina o la toxina botulínica, debe ser el primer escalón⁸.

Las medidas conservadoras son de amplia difusión en los hospitales encuestados, utilizadas por el 92,30%. Entre las medidas no quirúrgicas disponibles, la nitroglicerina al 0,2% es la más utilizada, seguida del diltiazem y la nifedipina (el 50, el 15 y el 11%, respectivamente). La toxina botulínica se utiliza anecdóticamente.

El tratamiento de elección de las fisuras refractarias es la esfinterotomía quirúrgica, y no se debe practicar la dilatación anal manual⁹.

La esfinterotomía es la técnica proctológica más utilizada en los hospitales encuestados (100%), pero llama la atención que aún haya centros (incluso hospitales de nivel III) donde se practiquen dilataciones anales, que llegan hasta un 30%.

Las fístulas anales, aunque menos prevalentes, son más complejas en su manejo y tratamiento. Es en este proceso donde el proctólogo adquiere su mayor relevancia. El tratamiento de la fístula anal simple es la fistulotomía. Las fístulas complejas pueden ser tratadas mediante diferentes técnicas. No es tolerable el empleo de

colostomías, a no ser que exista un proceso patológico asociado¹⁰⁻¹².

Como cabría esperar, la fistulotomía es el tratamiento más frecuentemente aplicado; creemos que es así porque la fístula más frecuente es la simple. Pero existe una profusa utilización de sedales (92,30%), aunque no se especifica con qué misión, así como una sorprendente realización de estomas (23,07%), aunque creemos que deben haberse utilizado como algo excepcional. Hasta la mitad de los encuestados realiza colgajos endorrectales y menos, *core out* (34,61%). La utilización de biopegamientos es anecdótica.

Ante una fístula compleja, la mayoría la trata con un sedal, y hasta un 12% practica una fistulotomía a pesar del peligro de incontinencia que conlleva. Sólo un 12% de los encuestados derivaría a su paciente a una unidad especializada si no se sintiera capacitado de operar.

Varias son las técnicas utilizadas en el *sinus* pilonidal y ninguna es universalmente aceptada como de elección. La exéresis con cierre primario de la herida evitando la línea media parece que arroja muy buenos resultados (30), mientras que la incisión-escisión en bloque y cierre por segunda intención parece una técnica obsoleta^{13,14}.

La técnica más usada por nuestros encuestados es la exéresis en bloque y cierre primario (54,16%), seguida de la exéresis en bloque y cierre secundario (30,76%) y por último la exéresis y la marsupialización (11,53%).

La estenosis anal es poco frecuente y suele ser por intervenciones previas en la zona. Las técnicas empleadas van desde la simple dilatación anal hasta plastias cutáneas más o menos complejas¹⁵. Hasta el 57,69% de los encuestados reconoce que su experiencia es escasa.

La complejidad de la enfermedad del suelo pélvano, en la que participan varios órganos, debe conllevar la creación de unidades multidisciplinares que traten en conjunto estos desórdenes. Sin embargo, como se puede concluir de nuestra encuesta, su existencia es escasa (2/26 encuestados).

No hay suficiente evidencia para recomendar un tratamiento concreto en el prolапso rectal¹⁶.

El tratamiento del prolапso rectal no es muy frecuente según nuestro cuestionario, de manera que aproximadamente un 42% no lo hace. Las técnicas más empleadas son la rectoexia abierta y la rectoexia-resección abierta, ambas con porcentajes muy parecidos en torno al 34%. La vía laparoscópica es anecdótica. El empleo de técnicas perineales es menor; la más utilizada es la técnica de Delorme.

El tratamiento del rectocele está a caballo entre los ginecólogos y los proctólogos, de ahí que sea difícil de establecer una técnica de elección para su tratamiento. No existe tampoco una fuerte evidencia que apoye una técnica concreta¹⁷.

El 32% de nuestros encuestados reconoce no tratar este proceso en su servicio o unidad, y entre los que lo hacen, las técnicas empleadas se reparten por igual en porcentaje.

Por último, el manejo diagnóstico y terapéutico de la incontinencia fecal, que en la última década ha presentado un importante avance, se ha convertido en el paradigma de la proctología moderna, con el empleo de múltiples elementos del laboratorio anorrectal para su diagnóstico y una gran variedad de técnicas en la que participan nue-

vas tecnologías aplicadas a la biomedicina (neuroestimulación, bioimplantes, esfínteres artificiales, etc.)^{18,19}.

Sin embargo, la penetración de estas técnicas en Andalucía es muy baja, hasta el 44% de los encuestados señala que habitualmente no trata esta enfermedad. Contrasta este dato con la gran disponibilidad de medios diagnósticos; hasta un 68,18% puede realizar o solicitar una ecografía anal, y hasta un 77%, manometría, además de que casi todos disponen de RM.

El *biofeedback* es el tratamiento más realizado y la esfinteroplastia es la técnica más empleada, el resto es casi anecdótico en los hospitales encuestados.

De forma genérica, debemos destacar la escasa disponibilidad de información sobre las complicaciones que se tiene con los tratamientos aplicados. En nuestra encuesta y en prácticamente todos los procesos evaluados, sólo un 30% conoce sus complicaciones y la información que tiene es muy sesgada y no aplica métodos estadísticos. La presión asistencial, la ausencia de bases estadísticas concretas, la falta de criterios uniformes en el seguimiento de estos pacientes y en algunos casos la inexistencia de consultas para tal fin son posibles explicaciones a este hecho injustificable.

Para futuras encuestas sería importante intentar que reflejaran de la forma más exhaustiva posible el número de casos de cada afección que cada hospital trata. Ello nos permitiría extraer conclusiones más concretas y acertadas.

Si tuviéramos que evaluar globalmente el impacto de los grupos con dedicación plena a estos procesos, en líneas generales debemos señalar una mejoría en los distintos apartados respecto al grupo no especializado, aunque también se constatan déficit claros a la hora de tratar diversos problemas. En el tratamiento de la enfermedad hemorroidal no se prefiere utilizar la bandas; en la fisura anal algunos utilizan la dilatación anal; en la fístula anal, el tratamiento más empleado es la colocación de sedales y, por último, la patología pélviana (rectocele, prolапso e incontinencia) está muy deficitaria. Por lo tanto, la línea que diferencia lo que realizan, y cómo, o no los grupos especializados es muy tenue.

Podríamos concluir indicando que la proctología en Andalucía ha sufrido un fuerte impulso y se ha extendido por toda la red sanitaria, pero adolece de medios humanos, tiempo material y una distribución de recursos adecuada. La patología oncológica es uno de los frenos, hoy por hoy insalvable, para que las técnicas proctológicas estén más presentes en nuestros quirófanos. Además, el empleo de las nuevas tecnologías en el tratamiento lleva implícitos unos costes económicos altos, así como una consiguiente formación por parte del especialista.

Existe una gran voluntad de avanzar y alcanzar un nivel científico adecuado, pero para ello debemos corregir multitud de gestos que han quedado obsoletos. Debemos establecer, por lo tanto, a la vista de lo expresado en este trabajo, criterios básicos de calidad, que permitan mejorar y dar solidez a los grupos especializados, con el fin de constituirse en verdaderas unidades de coloproctología (tabla 3).

Resulta fundamental y urgente poner las herramientas adecuadas para valorar la efectividad y las complicaciones de nuestros tratamientos, con el fin de poder compararlos con otros estándares y conseguir establecer las

TABLA 3. Criterios de calidad aplicables a las unidades de coloproctología con el fin de conseguir mejoras

Generalidades

- La unidad está compuesta de al menos 2 profesionales con dedicación exclusiva al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los procesos coloproctológicos
- Existe una consulta monográfica para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes
- Se tiene alta disponibilidad de pruebas diagnósticas propias de un laboratorio anorrectal, y deben ser realizadas por la propia unidad

Hemorroides

- Se dispone y se realizan técnicas no invasivas para el tratamiento de las hemorroides (*Banding*, etc.)

Fisura anal

- La unidad tiene implementado al menos uno de los múltiples tratamientos médicos que existen en la actualidad (nitroglicerina nifedipina, etc.)
- La dilatación anal no se practica para el tratamiento de la fisura anal
- La esfinterotomía se practica de forma segura y eficaz

Fistula anal

- Se reduce al mínimo el empleo de sedales cortantes
- Se implementan técnicas que no dañen los esfínteres
- El empleo de colostomías es excepcional

Sinus pilonidal

- Se disminuye al máximo las exéresis en bloque con cierre de la herida por segunda intención

Prolapso rectal

- La unidad tiene implementada al menos una técnica perineal y otra abdominal

Rectocèle

- La unidad tiene implementada al menos una técnica de reparación

Incontinencia

- Se dispone como mínimo de ecografía anal y/o manometría anorrectal
- Son tratamientos básicos de la unidad: el *biofeedback* y la esfinteroplastia anal

Complicaciones y seguimiento

- Se disponen de registros y base de datos específicos
- Se realiza un seguimiento de los pacientes de forma uniforme y conforme criterios previamente establecidos

medidas adecuadas que nos lleven a la excelencia en la atención al paciente.

Es nuestro deseo que la Andalucía imparable de la propaganda política se aplique a la proctología, la “Proctología Imparable”, y que sufra pronto, junto a toda Andalucía, la segunda modernización.

Bibliografía

1. Northover JM, editor. Modern coloproctology: surgical grand rounds from St. Mark's Hospital. London: Hodder Arnold; 1993.
2. Lledó S, editor. Cirugía colorrectal: guía clínica de la asociación española de cirujanos. Madrid: Aran; 2000.
3. Roig Vila JV, Lledó Matoses S. Investigación clínica. Exploración anorrectal. En: Lledó S, Roig JV, Tomás M, et al, editores. Avances en coloproctología. 1.^a ed. Barcelona: Ed Jims; 1990. p. 25-41.
4. Vernava III AM, Longo WE. Anorectal evaluation. En: Wexner SD, Vernava III AMK, editors. Criminal decisión making in colorectal surgery. New York: Igaku-Shoin Medical Publisher; 1995. p. 3-6.
5. De la Portilla F, editor. Principios prácticos de ecografía anal y rectal. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
6. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. Can J Surg. 1997;40:14-7.
7. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (Revised). Dis Colon Rectum. 2005; 48:195-204.
8. Arroyo A, Pérez-Vicente F, Serrano P, et al. Tratamiento de la fisura anal crónica. Cir Esp. 2005;78:68-74.
9. Arroyo A, Costa D, Fernández A, et al. ¿Es la esfinterotomía lateral cerrada realizada ambulatoriamente con anestesia local la técnica ideal en el tratamiento de la fisura anal crónica? Cir Esp. 2001; 70:84-7.
10. Whiteford MH, Kilkenny J 3rd, Hyman N, et al. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-anus (Revised). Dis Colon Rectum. 2005;48:1337-42.
11. Venkatesh KS, Ramanujam P. Fibrin glue application in the treatment of recurrent anorectal fistulas. Dis Colon Rectum. 1999;42: 1136-9.
12. Navarro A, Martí M, García-Domingo MI, et al. Diagnóstico y tratamiento de las fistulas anorrectales complejas. Cir Esp. 2004;76: 142-8.
13. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, et al. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. Techniques in Coloproctology. 2003;7:3-8.
14. Lund JN, Leveson SH. Fibrin glue in the treatment of pilonidal sinus: results of a pilot study. Dis Colon Rectum. 2005;48:1094-6.
15. Carditello A, Milone A, Stilo F, et al. Surgical treatment of anal stenosis following hemorrhoid surgery. Results of 150 combined mucosal advancement and internal sphincterotomy. Chir Ital. 2002;54: 841-4.
16. Brazzelli M, Bachoo P, Grant A. Surgery for complete rectal prolapse in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005. Issue 3.
17. Boccasanta P, Venturi M, Cioffi U, et al. Selection criteria and long-term results of surgery in symptomatic rectocele. Minerva Chir. 2002;57:157-63.
18. Bachoo P, Brazzelli M, Grant A. Surgery for faecal incontinence in adults (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
19. Muñoz-Duyos A, Montero J, Navarro A, et al. Incontinencia fecal: neurofisiología y neuromodulación. Cir Esp. 2004;76:65-70.