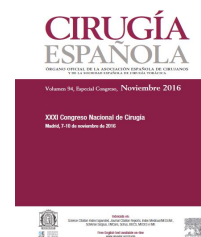




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-012 - RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

*Aguilar Martínez, María del Mar; Arroyo Sebastián, Antonio; Gómez Correcher, María Amparo; García Catalá, Luis; Alcaide Quirós, María José; Moya Forcén, Pedro; Candela Polo, Fernando; Calpena Rico, Rafael*

*Hospital General Universitario, Elche.*

### Resumen

**Introducción:** La fisura anal crónica (FAC) es una patología muy frecuente en la práctica clínica de cualquier cirujano. Las indicaciones quirúrgicas o farmacológicas para llevar a cabo su tratamiento, difieren bastante en función del especialista. Es por ello, que para plantear un consenso sobre su manejo, sería conveniente conocer cuál es el estado actual de la cuestión a nivel nacional.

**Objetivos:** Conocer la situación actual del tratamiento de la fisura anal crónica en los hospitales españoles.

**Métodos:** Estudio descriptivo, con datos recogidos mediante encuestas a cirujanos socios de la AECP. La encuesta constaba de 21 preguntas en las que se recogían datos acerca de la Comunidad Autónoma (CCAA), tipo de hospital y categoría profesional; datos acerca del manejo de la FAC y 3 casos clínicos.

**Resultados:** Se ha recibido respuesta de 152 cirujanos de todo el país: 5 especialistas en formación (3,3%), 39 cirujanos generales (25,7%) y 108 cirujanos colorrectales (71,1%). Los pertenecientes al hospital público han sido los que más han participado (53,3%), seguidos de los hospitales privados (26,3%) y de los hospitales mixtos (20,4%). No existen diferencias estadísticamente significativas al comparar el tratamiento de inicio de la FAC por CCAA, pero sí al compararlo por tipo de hospital. Así, el tratamiento médico como tratamiento inicial de la FAC, se emplea más frecuentemente en hospitales públicos y privados que en los mixtos ( $p = 0,03$ ). Situación similar se observa en cuanto al tratamiento quirúrgico, y aunque se utilice en menor frecuencia que el médico como primer escalón terapéutico, las cifras son más similares nuevamente entre los hospitales públicos y privados que en los mixtos ( $p = 0,022$ ). El tratamiento de inicio más frecuentemente utilizado en un paciente con hipertensión y sin factores de riesgo de incontinencia fecal (IF) serían medidas higiénico-dietéticas y pomada de nitroglicerina (MHG+NTG) (55,9%), en todos los tipos de hospital y en todas las categorías profesionales. Si éste falla, el siguiente escalón lo constituye la esfinterotomía lateral interna, ELI (43,4%). En el segundo caso, paciente con FAC y factores de riesgo de IF, las medidas más utilizadas volverán a ser las MHG + NTG (75,7%) y en caso de fracaso, ELI previa ecografía y/o manometría (34,9%). En el tercer caso, paciente joven con FAC, hipertensión esfinteriana inexplorable y proctalgia incapacitante, pero sin factores de riesgo de IF, MHG + NTG (55,9%) y, como segundo escalón, ELI (46,1%).

**Conclusiones:** A nivel global en España, el manejo actual de la FAC en atención especializada corre a cargo de cirujanos colorrectales. En la mayoría de hospitales públicos del país, existen protocolos de actuación ante la FAC, que a la vista de los resultados, son bastante similares a las guías y protocolos internacionales, sobre todo en el manejo conservador de entrada. Como segundo escalón se recurre más a la ELI que a la toxina botulínica. Esto se explica fundamentalmente, por su disponibilidad. Por ello se puede afirmar que existe conciencia de que el primer escalón terapéutico en la FAC ha de ser médico, pero el segundo y los siguientes pueden ser bastante diferentes según el criterio del cirujano.