

1. INTRODUCCION

El Cáncer Colorrectal (CCR) constituye en la actualidad un problema sanitario de gran magnitud dada su alta incidencia y mortalidad. En los países desarrollados es la segunda neoplasia en frecuencia tras el cáncer de pulmón y de mama, en hombres y mujeres respectivamente.

En España se estima que la incidencia de CCR en el año 2000 es de 19.000 nuevos casos. Esta incidencia ha sido calculada a partir de modelos basados en los datos de la mortalidad y de la incidencia de aquellas áreas geográficas donde existen registros de cáncer, y teniendo en cuenta los datos disponibles del período 1993-1997. Estos registros, al igual que en la mayoría de países occidentales, muestran una tendencia al aumento (1).

La supervivencia de CCR en términos globales se sitúa en torno al 50 %, observando notables diferencias según el contexto socio-geográfico que consideremos. Una vez estabilizadas las tasas de incidencia poblacionales de CCR se ha comprobado que las tasas de supervivencia a 5 años aumentan en aquellas sociedades donde se realizan de manera activa programas de prevención secundaria o cribado. Este hecho es puesto de manifiesto en las diferencias observadas en términos absolutos de supervivencia en EE.UU (65%) y Europa (50%) (2)(3).

Además de estrategias de prevención primaria que habitualmente consisten en cambios dietéticos o modificaciones de hábitos de conducta, los programas de prevención secundaria (cribado poblacional) son las herramientas más eficaces en la reducción de la morbi-mortalidad por CCR. El aumento de incidencia a nivel mundial ha condicionado el establecimiento de estas estrategias de cribado; aún no se ha establecido la estrategia de cribado idónea, ya que según el test primario que utilicemos su eficacia puede variar por la misma capacidad diagnóstica del test así como el medio en el que se aplica. En los próximos años se prevé un aumento en el grado implantación de programas de cribado poblacionales de CCR en los sistemas sanitarios occidentales. Este hecho hace necesario la existencia de programas de diseño de calidad con el objeto de realizar la puesta en marcha de los mismos de la manera más homogénea posible.

La colonoscopia constituye en la actualidad el método de exploración de referencia del colon. No sólo está plenamente aceptado su uso como técnica diagnóstica sino que permite la realización de tratamiento en múltiples patologías que afecten al tracto digestivo. Esta singularidad explica el hecho de que su práctica se lleva a cabo en prácticamente todos los niveles de asistencia hospitalarios de los sistemas sanitarios actuales. Su realización, por tanto presenta una amplia distribución en nuestro medio, lo cual favorece la aparición de un alto grado de heterogeneidad en su práctica. El objetivo primordial de nuestros sistemas sanitarios es el de proveer al paciente de los más altos niveles de calidad en la asistencia.

Existen varias líneas de evidencia que sugieren que la calidad de la colonoscopia en la práctica clínica habitual varía de manera considerable de unos centros a otros (4)(5), el problema que se nos plantea es que no disponemos actualmente de herramientas capaces de medir estos niveles. La medición de la calidad de cualquier proceso requiere en primer lugar la definición de unos indicadores válidos y fiables que nos permitan evaluar la misma (6). En los últimos años se han realizado varios intentos para definir criterios útiles a este fin, pero su uso hasta la fecha no ha sido universalizado ni plenamente aceptado de una forma global por las diferentes Sociedades médicas (7)(8)(9)(10).

La heterogeneidad en la práctica de la endoscopia dificulta la definición de criterios uniformes que permitan la evaluación objetiva del nivel de calidad de una colonoscopia. No existe en la actualidad capacidad para distinguir una endoscopia de alta calidad de una inadecuada. Es necesario establecer unos parámetros que puedan ser extrapolables a todos los niveles y que permitan por ello definir unos niveles de calidad que establezcan lo que debe ser una colonoscopia de alta calidad.

El uso de la colonoscopia constituye el método más efectivo en la reducción de la mortalidad por CCR (11)(12)(13). Existen hoy en día múltiples estrategias de cribado, la gran mayoría han demostrado ser efectivas en la reducción de la incidencia de morbilidad y mortalidad por CCR y dependen en última instancia de la realización de una colonoscopia independientemente del test primario que se utilice (14)(15)(16).

La colonoscopia realizada dentro de un programa de cribado reúne las condiciones óptimas para ser evaluada (9), ya que en el seno de estos programas resulta más fácil la recogida de información, lo cual constituye un elemento fundamental a la hora de definir los aspectos más relevantes para la elaboración de indicadores de calidad. El control de la colonoscopia dentro de un programa de cribado nos permite definir y establecer en primer lugar indicadores y posteriormente evaluarlos para comprobar su validez y la posibilidad de utilizarlos no solo dentro de estos programas sino extender su uso en la práctica endoscópica habitual.

En el presente estudio se hace una revisión de la etiopatogenia y características epidemiológicas del CCR, además de estudiar el papel de la colonoscopia en nuestro Sistema Sanitario. Se realiza asimismo una puesta al día de las diferentes estrategias consideradas en la actualidad para el cribado de CCR. Los resultados obtenidos permiten avalar la hipótesis de que la creación de indicadores que sean capaces de “medir” la calidad de la colonoscopia es posible y que además el nivel de calidad observado es aceptablemente elevado en el programa de cribado evaluado.

El interés de este estudio excede claramente el ámbito de la colonoscopia y del cribado de CCR pues la implantación de este sistema de calidad, una vez establecido, como punto de partida en estos campos, puede y debe ser generalizado a la endoscopia digestiva en general.