

9.DISCUSION

La calidad constituye un paradigma esencial en la actividad clínica asistencial. En los últimos años se han desarrollado notables esfuerzos por crear herramientas que permitan establecer los niveles de calidad óptimos en los diferentes procesos asistenciales de la práctica médica (7)(10)(132). El nuevo concepto de asistencia clínica, más participativo y dinámico, ha obligado a replantearnos en ocasiones la práctica de la medicina en algunos aspectos, con la consecuente modificación de modas o costumbres de las que no existía evidencia científica para su práctica. Se han impulsado desde las diferentes corrientes de pensamiento nuevas maneras de formular hipótesis, así como de dar respuestas a las mismas. La Medicina Basada en la Evidencia impulsa la fusión de los diferentes cuerpos de conocimiento con el objeto de establecer, no una verdad absoluta, sino un método estructurado y reproducible que permita extraer conclusiones con el más alto rigor científico y grado de evidencia desde cualquier nivel asistencial. La existencia de un método de investigación extrapolable a todos los niveles asistenciales permite que seamos capaces de dar respuesta a problemas a los que previamente era difícil hacerlo por no existir una herramienta común que permitiese la investigación en diferentes medios.

La endoscopia gastrointestinal se ha convertido en una herramienta diagnóstico-terapéutica indispensable en la práctica clínica habitual, su uso se ha generalizado en prácticamente todos los niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario. Esta generalización ha propiciado un desarrollo tecnológico que hoy en día nos permite afirmar que no existe ningún tramo del tracto gastrointestinal que no pueda ser explorado, y que cualquier tramo explorado puede ser estudiado con unos niveles de calidad en la técnica difícilmente imaginados hace tan solo unas décadas. Por otra lado esta generalización ha contribuido a un grado, aún por definir, de heterogeneidad en su práctica que no permite establecer comparaciones entre los diferentes medios en donde se practica (9). Es por ello, que se precisa establecer herramientas que permitan evaluar de manera objetiva una determinada actividad llevada a cabo independientemente del marco asistencial que consideremos. Existe un interés creciente en la creación de estos modelos; diferentes sociedades científicas han presentado sus propios modelos, adecuándolos al entorno donde llevan a cabo su actividad (7)(10). La tendencia observada en la definición de estos modelos es la evolución a la sencillez de los mismos, ya que cuanto más complejos son, más problemática resulta su aplicación lo cual contribuye a su pérdida de eficacia. La necesidad de homogeneizar la práctica de la colonoscopia en particular y de la endoscopia en general es cada vez más necesaria, por la gran diversificación de la técnica observada en los últimos años. El número de exploraciones, así como la complejidad de las mismas requiere de unas pautas comunes en su aplicación.

La aplicación de un modelo u otro dependerá en gran medida del grado de consenso que se pueda establecer entre los profesionales implicados, no existe un modelo perfecto ya que la práctica clínica está en constante evolución. Cualquier modelo presentado debe establecer de una manera clara y nítida que es susceptible de ser modificado y que una de sus principales características debería ser la mejora continua del mismo.

Uno de los principales problemas en la aplicación de un modelo de calidad para una determinada actividad asistencial lo constituye el marco de aplicación del mismo; la práctica clínica habitual presenta a menudo dificultades a la hora de controlar todas las partes que conforman un proceso, con el resultado en la mayor parte de las ocasiones de bajas tasas de implantación de estos modelos. Varios intentos de consolidar un modelo propuesto de calidad han sido realizados en el seno de programas de cribado (7)(10). El programa de cribado permite la estructuración de la actividad a través de la definición de un proceso asistencial, la gestión por proceso de todo el marco asistencial generado por la estrategia de cribado permite de una manera más adecuada el control de toda la actividad realizada dentro del mismo. La realización del estudio dentro de un programa de cribado, por tanto nos permite controlar la práctica de la colonoscopia realizada en su seno de una manera más sencilla que en un marco asistencial clásico y así poder aplicar el modelo de practica propuesto.

Uno de las principales cuestiones que se nos plantea con la aplicación de este modelo de calidad es el de establecer diferencias entre lo que debe ser una colonoscopia de “alta calidad” y lo que no se ajusta a estos estándares. Esta interpretación puede resultar confusa si no se explica con claridad el propósito de la implantación de este sistema de calidad. El objetivo principal de establecer modelos de excelencia en la práctica de la colonoscopia, es el de definir en primer lugar herramientas validas que permitan comparar la práctica de la técnica en marcos diferentes, para que en segundo término podamos establecer unos niveles mínimos exigibles en la práctica de la colonoscopia, independientemente del medio que consideremos. La manera de realizar la colonoscopia puede, por tanto variar de un medio a otro sin considerar por ello una práctica deficiente; se plantea por ello la posibilidad de adecuar la práctica de la colonoscopia a un determinado entorno, ya que en cada contexto las circunstancias materiales y personales pueden variar de manera ostensible. Este hecho, que actualmente está plenamente vigente y explica la heterogeneidad en la práctica de la endoscopia, podría ser razonablemente controlado por la aplicación de un sistema de monitorización de la calidad que permitiera homogeneizar la práctica no solo de la colonoscopia sino de cualquier técnica endoscópica dentro de un mismo entorno. La homogeneización de la práctica de la colonoscopia partiendo de un mínimo común denominador es uno de los objetivos principales de este estudio.

La homogeneización de la práctica de la colonoscopia tiene unas implicaciones importantes ya que permite establecer un cuerpo sólido de conocimiento que facilita en primer lugar la acreditación de la formación inicial en la técnica así como la creación de un sistema de formación continuada que permite a los profesionales sanitarios la realización de la colonoscopia en condiciones de excelencia independientemente del contexto.

El grado de evidencia de cada uno de los indicadores ha sido definido en diversas publicaciones (7)(10) aunque se precisan de más estudios para comprobar la validez de los mismos. La propuesta realizada en este estudio presenta un modelo definido por una serie de indicadores cuya aplicación permite establecer un nivel determinado de calidad y mantenerlo posteriormente a través de técnicas de monitorización, pero estos indicadores no son en absoluto inamovibles, la existencia de estudios, conferencias de consenso cada vez más frecuentes sobre la definición de indicadores, así como el advenimiento de innovaciones técnicas podrán variar la formulación de estos indicadores. El concepto de un indicador como herramienta, totalmente modificable según las circunstancias del entorno enriquece aún más el concepto de la aplicación de estos modelos en la práctica habitual. Debemos establecer la necesidad y la exigencia a la vez de ser capaces de medir la actividad que realizamos para poder establecer comparaciones y con ello disminuir los errores o “vicios adquiridos” por una práctica no consensuada.

Hasta la fecha los modelos de calidad que se aplicaban, cuando estos existían, eran a nivel individual o cuanto más a nivel de un determinado servicio. En los últimos años diferentes Sociedades y Grupos de trabajo han propugnado que la aplicación de un modelo de calidad es indispensable para la realización de cualquier técnica, ya que permite de una manera más sencilla la estandarización de la misma, en los diferentes niveles de asistencia.

El establecimiento de sistemas de registro homogéneos constituye una de las piedras angulares sobre las que se debe establecer estos modelos de calidad; en la actualidad, de nada sirve definir indicadores de calidad si no se disponen de sistemas de registros homogéneos que permitan medir y comparar la actividad realizada en diferentes contextos. Recientemente la ASGE ha propugnado el uso de un sistema de registro común en el marco de la práctica de la colonoscopia (122).

La realización del estudio constituye en sí mismo la prueba de que es factible la realización de estrategias de control y monitorización sobre la aplicación de técnicas endoscópicas realizadas en una unidad de digestivo. Es preciso señalar que aquellos indicadores que miden directamente la práctica de la colonoscopia deben ser pilotados previamente a su aplicación con el objeto de asegurar su fiabilidad, además su uso generalizado precisaría en primer lugar su definición mediante conferencias de consenso que avalasen dentro de diferentes Sociedades su aplicación.

La medición del nivel de limpieza presenta un cierto grado de dificultad a la hora de establecer los ítems que gradan la misma. La posibilidad de establecer niveles según la cantidad de mucosa limpia medida en porcentaje resulta inviable desde el punto de vista práctico por la imposibilidad de delimitar en términos absolutos los diferentes tramos del colon. Una de las conclusiones más relevantes que se pudo extraer del pilotaje previo del indicador fue la necesidad de agrupar ítems que permitieran simplificar la interpretación del nivel de limpieza. Es por ello que, a la hora de valorar la limpieza de la exploración resulte más fiable el realizar la gradación mediante únicamente dos ítems: válida o no válida. En series publicadas de estudios observacionales, tasas de cumplimiento de este indicador superiores al 70 % reflejan un nivel adecuado de limpieza (7)(8). El hecho de ser sujetos voluntarios sanos y que el propósito de la prueba requiera de manera obligada una preparación perfecta requiere que la tasa de cumplimiento sea alta. Los resultados comunicados en este estudio revelan que en más del 90 % de las exploraciones se consideró que la preparación era válida. Este resultado está en consonancia a los comunicados en otras series (7)(10). En aquellos pacientes en los que la preparación resultaba deficiente según los parámetros establecidos se planteaba su repetición, previo acuerdo con el paciente.

La intubación a ciego comporta la finalización de la prueba y por tanto presupone la exploración completa del colon. La visualización del ciego es la única manera que nos permite asegurar que la exploración ha sido completa (133)(134)

Existen múltiples métodos usados por el endoscopista para el reconocimiento del ciego tales como, visualización del orificio apendicular, transiluminación, compresión digital, visualización de válvula ileocecal e intubación del ileon terminal. Sólo la visualización de la válvula ileocecal y/o la intubación del ileon terminal en una colonoscopia nos permiten asegurar con total fiabilidad la conclusión de la colonoscopia (4). Este aspecto ha sido demostrado en estudios observacionales muy amplios realizados recientemente en el National Health System (*Bowles, Gut 2006*). Este estudio pone de manifiesto el bajo porcentaje de intubaciones a ciego, según los criterios prefijados; en torno a un 55%, en el ámbito clínico asistencial. En la literatura existe una amplia variabilidad en relación al porcentaje de intubaciones cecales (4)(7)(8), se considera que niveles superiores al 85 % serían aceptables en el programa de cribado. Los resultados de intubación a ciego en series poblacionales ajenas a un programa de cribado presentan como niveles máximos cifras del 90 % (7)(135). En el seno de programas de cribado se han comunicado tasas de intubación de hasta el 97 % (136). Los resultados observados en este estudio (93 %) están en los niveles esperados. Es necesario resaltar que sólo se puede constatar que la exploración ha sido completa si existe una grabación del área, que habitualmente se realiza mediante captura fotográfica (134). El no realizar constatación gráfica del área impide asegurar el cumplimiento del indicador.

Las causas que explican la imposibilidad de alcanzar el ciego son las siguientes: Error en el reconocimiento del área cecal, motivado por una técnica

deficiente, mala tolerancia del paciente que puede deberse a peculiaridades del paciente que impiden, independientemente de la técnica aplicada la terminación de la misma, o bien circunstancias derivadas de una mala práctica de la técnica y limpieza insuficiente de la mucosa.

La realización de la exéresis endoscópica de lesiones planas o polipoideas reduce la mortalidad por CCR (135)(136). Existe una relación directa entre el tamaño del pólipo y el grado histológico de la lesión extirpada, de tal manera que aquellas lesiones con tamaño superior a 10 mm se consideran adenomatosas a todos los efectos. Por debajo de este límite, existe también riesgo aunque en menor medida de histología adenomatosa. En los últimos años ha sido descrito el elevado potencial que tienen ciertos tipos de lesiones planas; en este tipo de lesiones el tamaño no constituye un factor predictivo de neoplasia como lo es en las lesiones polipoideas, por ello lesiones de tamaño inferior a 10 mm pueden presentar histología de adenoma avanzado (120). El adenoma constituye una condición precancerosa por lo que su diagnóstico lleva aparejado un seguimiento del paciente en el tiempo. Al no poder excluir con seguridad la posibilidad de origen adenomatoso de una lesión, bien plana, bien polipoidea, se debe intentar realizar la exéresis de todas las lesiones visualizadas y recuperar todo el tejido extirpado independientemente de la técnica utilizada (pinzas, asa de polipectomía, etc) (137).

La tasa de detección de lesiones adenomatosas en sujetos sanos que se someten a la realización de una colonoscopia de cribado es superior al 25% en varones y al 15% en mujeres mayores de 50 años (10).

Los resultados obtenidos en el apartado de identificación y exéresis de pólipos reflejan un cumplimiento del indicador del 95.7%. El observador independiente tras visualizar la grabación de la exploración y anotar el número de pólipos cotejaba los hallazgos con los comunicados por el endoscopista en su informe médico. En ningún caso de los comparados se apreció diferencia en el número de pólipos diagnosticados y resecaados. De las 106 exploraciones, exploraciones visualizadas, en 94 de ellas se cumplía con las condiciones requeridas del indicador, en los 12 casos de incumplimiento evidenciados se establecieron 8 excepciones; estas excepciones fueron definidas por los siguientes hallazgos: 2 pacientes con CCR, 2 pacientes con pólipos de gran tamaño que requirieron exéresis en un segundo tiempo y 3 pacientes en los que se evidenció un gran número de pólipos que posteriormente, en el análisis histológico fueron clasificados como hiperplásicos.

En los últimos años numerosos artículos avalan la evidencia de que la visualización de la mucosa colónica debe ser realizada en retirada (124)(125). En este sentido no solo la visualización en retirada al extraer el endoscopio sino además un tiempo de extracción superior a 6 min ha demostrado un mayor índice de diagnóstico de patología nivel colónico (124)(125)(138).

En el presente estudio el tiempo medio de retirado fue sensiblemente superior a 12 min; si consideramos como punto de corte 6 min, tendremos que en el 85 % de las exploraciones se cumple el criterio, mientras que si se establece el punto de corte en 5 min el criterio se cumpliría en más del 95 % de las exploraciones. En la actualidad queda aún por definir cuál sería el punto idóneo de corte para considerar la práctica de una colonoscopia de una manera óptima. A pesar de lo anteriormente comentado es una práctica clínica habitual la extracción del endoscopio con rapidez, lo cual disminuye de manera notable la tasa de diagnóstico.

El indicador que evalúa el tipo de tratamientos que sigue el paciente que se somete a cribado de CCR presentó unos niveles de cumplimiento cercanos al 100 %, en los casos en los que no se pudo recoger la información para evaluar el cumplimiento del indicador no se registró ninguna complicación, y en ninguno de los casos el paciente seguía tratamiento que pudiera interferir en la hemostasia. El uso de aspirina y derivados es el que se registró con más frecuencia en este grupo de pacientes. Se realizó terapéutica en 10 pacientes que seguían tratamiento con AAS sin registrar ningún efecto secundario. No se evidenció en ninguno de los pacientes en los que se registró alguna complicación hemorragia, tratamiento crónico con AAS y/o AINES. Este dato está en consonancia con el consenso establecido por la Asociación Americana de Endoscopia (139), en el que se permite la realización de polipectomía endoscópica en pacientes antiagregados.

Los pacientes que reciben un tratamiento anticoagulante presentan un riesgo de sangrado más elevado que la población general si les es practicada una polipectomía; en cambio no presentan un riesgo aumentado si lo que se considera es la práctica de una biopsia (139). Considerando estas premisas es necesario detectar este tipo de tratamientos con suficiente antelación con el objeto de evitar efectos secundarios una vez fueran sometidos a la colonoscopia con polipectomía. A este efecto, en la entrevista clínica que se realiza con anterioridad a la práctica de la colonoscopia el paciente es interrogado sobre el tipo de tratamientos crónicos que tiene prescrito, y en caso de seguir algún tratamiento que contraindique la realización de una polipectomía este hecho se señala en la petición de la colonoscopia y en la historia clínica para que esté en conocimiento del endoscopista y adopte las medidas pertinentes en cada caso.

La indicación de profilaxis antibiótica en procedimientos endoscópicos ha sido definida de manera clara en conferencias de consenso (140), la indicación de su práctica resulta baja en la práctica habitual. En la muestra estudiada no fue necesaria la aplicación de ninguna profilaxis. Los resultados del cumplimiento de este indicador (97%) revelan que resulta sencillo establecer su uso y realizar su cumplimiento.

La realización de la colonoscopia bajo sedoanalgesia facilita la realización de la misma y disminuye de manera notable las molestias percibidas por el paciente, con el consiguiente aumento en la satisfacción (141) La sedoanalgesia la realiza el equipo de endoscopia y no precisa asistencia de anestesista. Existen ciertas condiciones particulares de los pacientes que pueden aumentar el riesgo de complicaciones en el transcurso de una sedación. Estas condiciones deben ser sistemáticamente reconocidas y evaluadas antes de la realización de la prueba con el objeto de ajustar las dosis y el tipo de fármacos requeridos para cada tipo de pacientes. Para la aplicación de este indicador se siguen las medidas propuestas por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) (142). En este estudio el 96% de los paciente no presentaban o lo hacían de manera muy poco sintomática factores de riesgo para la realización de la colonoscopia (ASA I-II). Este hecho explica la bajísima incidencia de efectos adversos cardiovasculares observada en este estudio; un caso de fibrilación auricular auricular rápida paroxística que se autolimitó. Al 100% de los pacientes se les ofreció premedicación lo cual conlleva un riesgo aumentado de problemas cardiovasculares, a pesar de ello los datos obtenidos en relación a efectos secundarios derivados de una sedación consciente, ponen de manifiesto el excelente perfil de seguridad de este tipo de sedación, además de su nivel de eficacia demostrado por el elevado índice de intubaciones cecales.

Los datos relativos al indicador ponen de manifiesto (94%) el elevado nivel de cumplimiento del mismo y en cierta manera induce a pensar que la identificación

de pacientes con un elevado ASA(III-IV) y por tanto la adopción de medidas especiales para este grupo, ha permitido reducir la tasa de efectos secundarios derivados de la práctica tanto de la colonoscopia como de la sedoanalgesia.

La perforación constituye la complicación más grave derivada de la práctica de la endoscopia, presenta hasta un 5% de morbimortalidad (83). La progresión del endoscopio a través del colon puede producir la perforación de la mucosa mediante dos mecanismos: Tracción excesiva a nivel de recto sigma en pacientes con adherencias o mesos cortos y/o barotrauma provocado por una insuflación inadecuada a nivel de ciego. La realización de una polipectomía mediante pinza o asa de diatermia también puede producir una perforación de la mucosa colónica.

En la literatura existen datos muy variables en cuanto a su frecuencia. Según diferentes estudios el rango de frecuencia oscila entre 1 de cada 500 hasta 1 de cada 6000, observando una tendencia de disminución de riesgo en los estudios realizados en el seno de programas de cribado (83)(144)(145). Este indicador actúa a modo de centinela, ya que se produce con muy baja frecuencia, es por ello muy importante adoptar una sistemática de reconocimiento de este efecto secundario que nos permita detectar un aumento en su incidencia y adoptar en su caso medidas correctoras que eviten el desarrollo de nuevas complicaciones.

La existencia de una frecuencia de casos de perforación que superen unos niveles aproximados de 1/500 pone de manifiesto la posibilidad de existencia de problemas en la ejecución técnica de la prueba

En el presente estudio las frecuencias observadas son similares a las comunicadas en la literatura. En el periodo de estudio de inclusión de pacientes se evidenció un solo caso de perforación tras la realización de una polipectomía de alto riesgo, el posterior análisis de las siguientes mil exploraciones realizadas en el seno del programa de cribado, no registró ningún otro caso de perforación, lo cual disminuye de manera notable la frecuencia observada de esta complicación en este estudio. El indicador propuesto hace referencia en un primer término a la capacidad de detección de la perforación por los responsables del programa, con el objetivo en un segundo tiempo de establecer la frecuencia de esta complicación y compararla con la de otras series publicadas.

La hemorragia constituye la complicación más frecuente de la práctica de una colonoscopia con polipectomía. Desde un punto de vista práctico existe consenso en la literatura que la frecuencia observada debe ser inferior al 1 % (146). En nuestro estudio se objetivaron tasas de hemorragia del 0.32%, lo cual está en línea con lo publicado con anterioridad y supone que la tasa de complicaciones están dentro de los parámetros definidos en estos estudios. El cumplimiento del indicador que consistía en la detección de todos los casos de hemorragias significativas fue del

100 %. No se registró ningún tratamiento antiagregante en los pacientes en los que se registró una hemorragia. Asimismo no se evidenció hemorragia significativa en polipeptomías consideradas como de alto riesgo según la definición del indicador. Este hecho, que debe ser estudiado en profundidad podría cuestionar el realizar la excepción en el cumplimiento del indicador para este tipo de intervenciones. Por otro lado el objetivo de este indicador es detectar eventos hemorrágicos no justificables y por tanto evitables, lo cual hace referencia expresa a una técnica deficiente en la realización de la polipeptomía, y no a una incidencia elevada de hemorragia en lesiones de alto riesgo, que es notablemente superior a la observada en polipeptomías de riesgo medio y por tanto no expresa necesariamente un déficit en la aplicación de la técnica.

La accesibilidad constituye una dimensión de extrema importancia ya que la provisión del servicio realizada debe contemplar todos los parámetros de calidad. El hecho de que los pacientes sean sujetos sanos hasta el mismo momento en que se informa de la positividad del test de sangre oculta en heces, que es cuando habitualmente las expectativas del paciente generan dudas o miedos sobre la posibilidad de una enfermedad maligna, obliga a que los plazos prefijados se cumplan de manera estricta. Si consideramos importantes el resto de criterios de calidad, este posiblemente sea uno de los que puede condicionar el éxito o no de la implementación de un programa de cribado, ya que es un criterio que expresa el buen funcionamiento de todo el proceso desde un punto de vista global.

Todas las partes que forman el proceso de cribado se hallan encadenadas, de tal manera que un mal funcionamiento de una de ellas, determina una alteración en el resto del proceso. También implica el grado de recursos humanos y materiales que se destinan al mismo. Además en la esfera de la calidad percibida por el paciente es quizás uno de los factores más determinantes en su percepción. Los resultados de este estudio revelan que el criterio de demora entre la consulta y la realización de la colonoscopia (inferior a 7 días) se cumple en un 86 %, mientras que el criterio de demora entre la realización de la colonoscopia y la consulta de cierre de proceso (inferior a 50 días) es de un 82 %. Estos datos ponen de manifiesto que la accesibilidad al proceso si bien es aceptable resulta manifiestamente mejorable. En el primer criterio de demora el grado de cumplimiento se acerca al óptimo y revela claramente que cuando el proceso depende en bajo grado de factores externos es más sencillo controlar la demora. En el segundo criterio, existen factores externos, tales como Anatomía Patológica, Radiología, etc, que si bien se hallan coordinados de manera aceptable con la dinámica de este estudio, producen cuando su funcionamiento no es óptimo una influencia en el resto de partes del proceso que determinan un grado superior de demora. Estos datos revelan que es deseable financiar de manera activa por parte de la administración este tipo de programas, facilitando personal y material de manera específica y apoyando a que el conjunto de los profesionales implicados aborden el proceso con una perspectiva de grupo o multidisciplinar.

La percepción del paciente del proceso es una interpretación subjetiva del mismo y no siempre va asociado a otras dimensiones de calidad. Existen dimensiones que no van unidas a la calidad científico-técnica y que pueden modificar de manera ostensible la percepción del paciente hacia un lado negativo a pesar de haber recibido unos niveles de calidad científico-técnica óptimos. La satisfacción del paciente se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de calidad en los hospitales (128). La satisfacción influye en la elección que este paciente hará en el futuro cuando se presente un nuevo problema de salud o en el cumplimiento de medidas terapéuticas descritas. La adopción de indicadores de calidad en satisfacción puede contribuir a una mejoría progresiva de la misma. Así en un programa de cribado con sigmoidoscopia flexible se demostró que el conocimiento del grado de satisfacción del paciente a través de encuestas por parte de los profesionales contribuiría a una tendencia en la mejoría de la misma (129). El hecho de que el paciente sea un sujeto voluntario sano (programa de cribado) hace necesario analizar todos los aspectos del proceso que puedan ocasionar una insatisfacción como usuario del sistema. La herramienta que se usa para evaluar esta dimensión de la calidad ha sido validada recientemente en castellano (130)(131) y nos permite establecer que los niveles percibidos de calidad de este proceso por parte de la población sometida a cribado son altos. El estudio de la satisfacción del paciente mediante herramientas de este tipo requiere de una metodología específica para la elaboración de encuestas. La adecuación de los diferentes ítems de la encuesta al contexto donde se desarrolla la acción que se pretende evaluar puede resultar en ocasiones compleja.

A pesar de no realizar intervención alguna sobre la encuesta de satisfacción, consideramos que se ajusta plenamente a las dimensiones que pretendemos evaluar. En esta encuesta, la accesibilidad y la calidad percibida por parte del paciente están perfectamente reflejadas en los diferentes apartados de la misma. No pretendemos evaluar la calidad científico-técnica del endoscopista sino la calidad percibida por el usuario de todo el proceso. La calidad científico-técnica se halla ya plenamente definida por los criterios de calidad presentados previamente en este estudio. No se encontraron diferencias significativas en los resultados de la encuesta de satisfacción en pacientes sometidos a colonoscopia por diferentes endoscopistas, este hecho se explica por la uniformidad en la práctica de la colonoscopia que confiere la aplicación de un modelo de calidad. Los dos aspectos peor evaluados en la encuesta son el tiempo de demora relacionado con la cita de la colonoscopia y la percepción dolorosa del paciente. La medición del nivel de dolor resulta compleja y en muchas ocasiones subjetiva, en este estudio un 30 % no estaba satisfecho plenamente con la sedación obtenida por lo que sería necesario analizar este aspecto para tratar de delimitar cuál es la indicación para una sedación más profunda. A pesar de que estos niveles de rechazo son elevados, este hecho contrasta con el mínimo número de exploraciones sometidas a sedación profunda (3 %) así como la elevada tasa de intubaciones cecales (93%). Uno de los factores determinantes de la viabilidad de un programa de cribado de CCR es el aspecto económico; en el contexto actual sería necesario plantear estudios de viabilidad económica que contemplasen el uso de sedaciones profundas asistidas por anestesista.

En este estudio se pone de manifiesto que, en la actualidad no se precisa del concurso de anestesia profunda en una primera exploración salvo en un porcentaje mínimo de los casos .

De forma paralela se ha creado una nueva encuesta de satisfacción, sin relación con la utilizada para evaluar el indicador y que se halla actualmente en proceso de elaboración. Es importante reseñar que se intenta medir de manera muy específica el nivel de dolor percibido en la colonoscopia.

Una de las posibilidades que se planteó fue la influencia en el nivel de cumplimiento de los indicadores según el endoscopista que realizase la prueba. Desde un punto de vista global, el 99% de las pruebas fue realizado por 2 médicos diferentes, en un porcentaje similar. No se apreciaron diferencias significativas en el nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad referidos a la calidad científico-técnica de la prueba entre los dos profesionales. Los dos endoscopistas presentaban amplia experiencia en la realización de técnicas endoscópicas, si bien uno de ellos con incorporación posterior al programa de cribado y con un nivel inferior de experiencia fue especialmente aleccionado para la realización de la colonoscopia. Este hecho refuerza la idea de que es posible crear sistemas de formación continuada en el campo de la endoscopia en general y la colonoscopia en particular.

En los indicadores referidos cabe señalar que son en cierta manera indicadores indirectos, que no determinan de manera directa si la colonoscopia es de

“alta calidad”, sino que establecen las condiciones idóneas sobre las que esta se podría llevar a cabo. El único indicador de resultado, y por tanto que refleja directamente la calidad de la colonoscopia realizada es el que hace referencia a la exéresis de pólipos y su recuperación. Este indicador resume de manera esquemática, la manera de realizar la técnica; de tal modo cuanto más pólipos analizados, mejor habrá sido la visualización, mejor la preparación de la mucosa y posiblemente más lenta y meticulosa la exploración. Es importante señalar la posibilidad de crear series o registros que establezcan según variables demográficas o de localización el riesgo de ser diagnosticado y por tanto permita la posibilidad de establecer comparaciones y valorar el grado de calidad de la prueba realizada. El resto de indicadores se puede considerar como de estructura o proceso y evalúan el proceso necesario para la consecución del objetivo final que es la exploración y la realización de terapéutica en la mucosa del colon. En el presente estudio se han detectado en un 80 % de pacientes sometidos a cribado al menos una lesión adenomatosa, este hecho si lo comparamos con los estudios clásicos (68)(147) en los que la tasa de detección de adenomas en pacientes sometidos a cribado oscila entre 20 y 25 % pone de manifiesto que la rentabilidad diagnóstica de la práctica de la colonoscopia determinada por la puesta en práctica de un conjunto de criterios de calidad es notablemente superior a la observada con anterioridad.

Los estudios realizados para evaluar la prevalencia de CCR no presentan muestras totalmente homogéneas (68)(147) por lo que la extracción de conclusiones debe ser realizada con cautela. Todos los tipos de lesiones detectadas (adenomas,

adenomas de alto riesgo, ca. Intramucoso, ca. "in situ" y ca. Invasivo) lo fueron en tasas superiores a las comunicadas en los estudios realizados hasta la fecha. Si como hemos dicho anteriormente el porcentaje de lesiones detectadas y reseadas constituye el criterio que define la calidad de la endoscopia de una manera más global, la hipótesis planteada en cuanto a la diferencia en la práctica de la técnica en condicionales ideales de calidad queda plenamente aceptada. Además los datos de frecuencia observada de adenomas se realiza en el marco de estudios en los que se supone que al estar controlados los endoscopistas, realizarían la colonoscopia con una técnica más depurada. Este hecho induce a pensar que la tasa de detección en la práctica asistencial diaria resultaría aún más baja y que por tanto los resultados obtenidos en este estudio reflejan de manera directa la importancia que tiene la aplicación de los indicadores propuestos en un programa de cribado y la mejoría que obtendríamos si su aplicación se realizase en un marco asistencial clásico. En este sentido se refuerza la idea ya planteada de que la técnica endoscópica supone uno de los factores en la tasa de detección de lesiones mucosas en colon (148).

Uno de los problemas o críticas planteables al estudio lo constituye el efecto de que los endoscopistas saben que son observados ya que la exploración es grabada de forma íntegra y puede ser visualizada. Este efecto puede constituir, en teoría, un sesgo que altere los datos, si bien el objetivo del estudio es la sistematización de una manera de realizar la colonoscopia, no se pretende en este primer momento la evaluación del endoscopista sino el valorar si somos capaces de definir y aplicar unos indicadores validos para evaluar una determinada manera de

realizar la colonoscopia. Este “Efecto Hawthorne” podría considerarse una vez que el conjunto de indicadores fueran aplicados en la práctica asistencial diaria, y aún así si lo que pretendemos es mejorar la práctica de la colonoscopia, este sesgo en positivo podría plantear un efecto beneficioso. El sistema de calidad propuesto en este estudio revela que la puesta en marcha de este tipo modelos es totalmente factible y constituye una herramienta indispensable en la gestión de las unidades de endoscopia. Se necesitan más estudios que esclarezcan cuál o cuáles son los indicadores más fiables para la medición de la calidad de la colonoscopia.

La necesidad de homogeneizar la práctica de la colonoscopia resulta de especial relevancia, si tenemos en consideración que en los próximos años el aumento en el desarrollo de las estrategias de cribado llevará consigo una mayor carga asistencial. Será necesario plantear herramientas de medida de calidad para valorar el nivel de práctica de la colonoscopia en los diferentes ámbitos asistenciales.