

Indicadores de calidad en la colonoscopia de cribado

ANDRÉS DACAL RIVAS Y JOAQUÍN CUBIELLA FERNÁNDEZ
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.



Ilustración: Roger Ballabrera

Puntos clave

- La tasa de detección de adenomas es un predictor independiente de riesgo de CCR de intervalo tras la colonoscopia de cribado.
- Su validación como indicador de calidad en la colonoscopia de cribado debe tenerse en cuenta en el diseño y monitorización de los programas de cribado de CCR.
- Sin embargo, la tasa de detección de adenomas que se desea obtener en un determinado programa de cribado debería ajustarse a la prevalencia de adenomas en la población y a la estrategia de cribado escogida.

Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. N Engl J Med. 2010;362:1795-803.

Resumen

Aunque tanto la tasa de detección de lesiones adenomatosas (tumores o pólipos) como la tasa de intubación cecal son indicadores de calidad recomendados en la colonoscopia de cribado, estas mediciones no han sido validadas y su importancia real sigue siendo incierta. Para ello, Kaminski et al¹ utilizaron un modelo de regresión multivariante de riesgos proporcionales de Cox con el fin de evaluar la influencia de los indicadores de calidad para la colonoscopia en el riesgo de cáncer de intervalo. Los datos fueron recogidos de 186 endoscopistas que participaron en un programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) basado en la colonoscopia, en el que se incluyó a 45.026 sujetos. El cáncer de

intervalo fue definido como el adenocarcinoma colorrectal que se diagnostica entre la colonoscopia de cribado y la colonoscopia programada de vigilancia. Se recogieron los indicadores de calidad de la base de datos del programa de cribado y los datos de los cánceres de intervalo de los registros de cáncer. El objetivo principal del estudio fue evaluar la asociación entre los indicadores de calidad de la colonoscopia y el riesgo de cáncer de intervalo.

Se identificó un total de 42 CCR de intervalo durante un período de 188.788 personas/año. La tasa de detección de adenomas del endoscopista se asoció significativamente con el riesgo de CCR de intervalo ($p = 0,008$), mientras que ello no ocurrió con la tasa de intubación cecal ($p = 0,5$). Las tasas de riesgo de CCR de intervalo para tasas de detección de adenomas < 11%, 11-14,9% y 15-19,9% fueron de 10,94 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,37-87,1), 10,75 (IC del 95%, 1,36-85,06) y 12,5 (IC del 95%, 1,51-103,43), respectivamente, en comparación con las tasas de detección de adenomas > 20% ($p = 0,02$ para todas las comparaciones). Estos resultados indican que la tasa de detección de adenomas es un predictor independiente de riesgo de CCR de intervalo tras la colonoscopia de cribado.

Comentario

Los programas de cribado de CCR tienen como objetivo final reducir la mortalidad asociada al CCR. Dentro de estos, la colonoscopia es una pieza clave, bien como prueba de cribado directa —como se muestra en el artículo de Kaminski et al¹— o bien dentro de un programa basado en la detección de sangre oculta en heces (SOH). Desde la publicación de los resultados del National Polyp Study, es conocido que la polipectomía endoscópica puede reducir hasta en un 80-90% la incidencia de CCR. Sin embargo, estudios posteriores realizados sobre cohortes de pacientes con adenomas han encontrado un efecto protector inferior. Por este motivo, se ha intentado establecer indicadores de calidad de la colonoscopia, especialmente en la colonoscopia de cribado. En el momento actual, no es posible determinar criterios de calidad endoscópicos asociados a una disminución en la mortalidad por CCR, puesto que se requieren series muy amplias con seguimientos a largo plazo. La mayor parte de los indicadores de calidad propuestos se asocian a la detección de lesiones neoplásicas. La fortaleza del estudio de Kaminski et al¹ estriba en que es el primer estudio que relaciona el CCR de intervalo con indicadores de calidad de la colonoscopia de cribado.

El CCR de intervalo, o CCR tras colonoscopia, es aquel que aparece entre dos exploraciones programadas dentro de un programa de cribado o en un intervalo que se suele establecer entre 6 y 36 meses después de una colonoscopia. Aunque puede corresponder a neoplasias colorrectales de crecimiento rápido sobre lesiones planas en colon derecho, en la mayor parte de los casos se debe atribuir a problemas técnicos de la colonoscopia que podrían ser evitados mediante exploraciones de mayor calidad.

El CCR de intervalo no es un hecho infrecuente. En un estudio publicado recientemente, se estima que el CCR tras colonoscopia representa el 9% de los casos incidentes. Este hecho era más frecuente en el CCR proximal y se asoció a la especialidad del

endoscopista, la ubicación de la unidad de endoscopia, la tasa de intubación cecal y de polipectomía del endoscopista². En el estudio de Kaminski et al, la probabilidad de desarrollar CCR de intervalo dentro de un programa de cribado basado en la colonoscopia es baja (1,05‰)¹.

En los últimos años se han propuesto diversos indicadores de calidad en la colonoscopia de cribado: calidad de la preparación intestinal, tasa de intubación cecal, tiempo de retirada del endoscopio, tasa de detección de adenomas (TDA) y complicaciones inmediatas³. Los tres primeros están directamente relacionados con la TDA, la cual se define como la proporción de pacientes sometidos a colonoscopia en los que se ha detectado, al menos, un adenoma. En este sentido, existe una relación directa entre una TDA elevada y una exploración endoscópica más minuciosa de la superficie proximal de los pliegues y los ángulos, una distensión del marco cólico adecuada, una limpieza colónica más depurada y unos tiempos de retirada superiores. En el trabajo de Kaminski et al¹, una TDA inferior al 20% se asoció de forma independiente con un incremento del riesgo de CCR de intervalo.

Es importante señalar que la utilización de la TDA como criterio de calidad de la colonoscopia presenta varios problemas. En primer lugar, se trata de un indicador que no se puede extraer inmediatamente de un registro de actividad endoscópica puesto que requiere un informe histológico. Por dicho motivo, se ha apuntado a la posibilidad de utilizar la tasa de detección de pólipos como alternativa. En segundo lugar, la TDA que se desea obtener debería ajustarse a la prevalencia de adenomas de la población en la que se realiza el cribado. Así, mientras que en el estudio de Kaminski et al¹ la TDA media es del 12,2%, los resultados preliminares del cribado del CCR mediante colonoscopia directa en nuestro país indican que la TDA media es del 32%⁴. Según estos datos, es probable que una TDA mayor del 20% como objetivo de calidad en nuestro medio sea insuficiente.

Por último, la TDA en los programas de cribado basados en la SOH, especialmente si se utilizan métodos inmunológicos, es muy superior. Los datos conocidos indican que esta se sitúa entre el 49 y el 68%^{4,5}, por lo que se debería establecer una TDA superior al 20% como indicador de calidad en los programas de cribado de CCR basados en SOH inmunológica.

Bibliografía



1. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med*. 2010;362:1795-803.
2. Baxter NN, Sutradhar R, Forbes SS, Paszat LF, Saskin R, Rabeneck LP. Analysis of administrative data finds endoscopist quality measures associated with postcolonoscopy colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2011;140:65-72.
3. Lieberman D, Nadel M, Smith RA, Atkin W, Duggirala SB, Fletcher R, et al. Standardized colonoscopy reporting and data system: report of the Quality Assurance Task Group of the National Colorectal Cancer Roundtable. *Gast Endoscopy*. 2007;65:757-66.
4. Polanía E, Jover R, Grupo cooperativo para el cribado del CCR en España. Factors that influence detection of adenomas in screening colonoscopy. *Gut*. 2010;59 Suppl III:A243.
5. Pérez-Riquelme F, Cruzado Quevedo J, Carballo Álvarez LF, Torrella Cortés EA, Lázaro Agustín MD, Cavas Martínez MC, et al. Prevención del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia. Proyecto Piloto. En: Pérez-Riquelme F, Cruzado Quevedo J, Gutierrez-García JJ, editores. *La prevención del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia*. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2008. Serie Informes 50.