



Calidad de la Endoscopia Digestiva

Dr. C. Raúl A. Brizuela Quintanilla.

Especialista II grado Gastroenterología. Profesor Titular.

Jefe del Grupo de Trabajo Nacional de Endoscopia Digestiva de la
SOCUGASTRO

2022



Calidad en Endoscopia Digestiva

¿Qué es calidad?

Es la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del cliente (paciente).

- a) Calidad interna: función y desempeño previsto.
- b) Calidad externa: valor percibido y beneficio para el cliente.



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

- **Desde una perspectiva de usuario.** La capacidad de satisfacer los deseos de los clientes/pacientes. Es adecuación al uso. Depende de cómo ésta responda a las preferencias de los clientes/ptes.
- **Norma ISO 9000:** la calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso) cumple con los requisitos.
- **Real Academia Española:** propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Muy similar a como la define la ISO 9001



Calidad en Endoscopia Digestiva

Factores relacionados con la calidad.

Para conseguir un elevado grado de calidad en el producto o servicio hay que tener en cuenta tres aspectos importantes (dimensiones básicas de la calidad):

- **Dimensión técnica:** engloba los aspectos científicos y tecnológicos que afectan al producto o servicio.
- **Dimensión humana:** son las relaciones entre clientes /ptes y medico/servicio-hospital..
- **Dimensión económica:** intenta minimizar costos tanto para el cliente/pte como para el servicio/hospital.



Calidad en Endoscopia Digestiva

Parámetros de la calidad

En salud....la calidad técnica (objetiva), busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios;

La calidad percibida (subjetiva) por los propios usuarios, toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

- Parámetros éticos, como confianza y reputación.

El cliente es el nuevo objetivo: las nuevas teorías sitúan al cliente como parte activa de la calificación de la calidad de un producto, intentando crear un estándar en base al punto subjetivo de un cliente. La calidad de un producto no se va a determinar solamente por parámetros duramente objetivos sino incluyendo las opiniones de un cliente que usa determinado producto o servicio.



Calidad en Endoscopia Digestiva

Indicadores de calidad en esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia

¿Qué es un indicador?

Información, datos o conjunto de datos, que permiten medir que tanto se logró cumplir un objetivo, su análisis permite la toma de decisiones para controlar actividades y procesos.

Indicadores que son genéricos y se aplican a todos los procedimientos.
Estos incluyen;

1. La indicación apropiada.
2. El consentimiento informado.
3. La estratificación del riesgo antes del procedimiento



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

La garantía de calidad es el proceso de evaluar métricas de calidad específicas para determinar áreas de bajo rendimiento.

Estos deben ser medidos en tres momentos diferentes.

- Pre-procedimientos.
- Intra-procedimientos.
- Post-procedimientos.



Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en esofagogastroduodenoscopia
Indicadores de calidad pre-procedimientos.

- Tiempo mínimo de ayuna adecuado; 2 hrs para líquidos y 6 hrs para sólidos.
- Indicación adecuada, (<20%) contemplada en el PNO; Profilaxis antibiótica, identificación de riesgo, plan sedación y clasificación ASA, manejo y documentación de terapia antitrombótica.
- Resumen de historia clínica y examen físico. (solicitud indicación del proceder).
- Consentimiento informado previo. (Provee información acerca del proceder, riesgos, complicaciones, otras opciones).



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

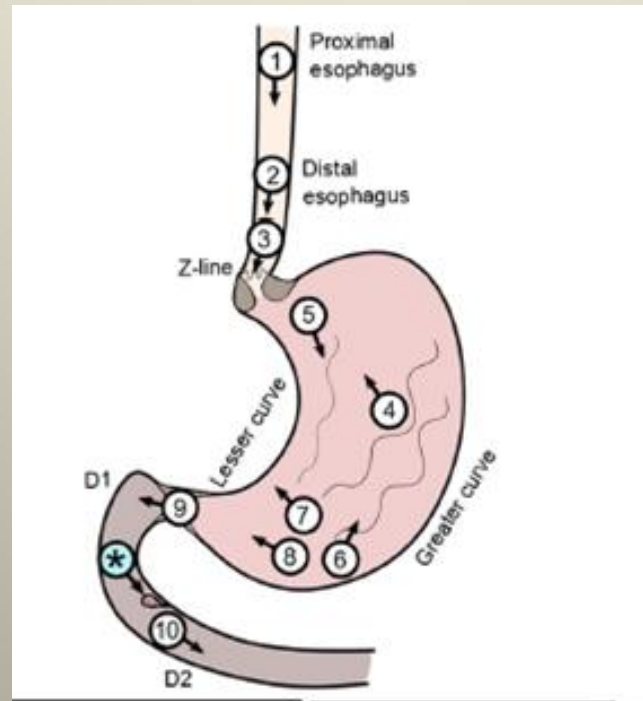
Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en esofagogastroduodenoscopia
Indicadores de calidad intra-procedimientos.

- Competencia del endoscopista (+100 al año).
- Tiempo del procedimiento; 7-8 minutos (con foto documentación)
- Foto-documentación. Mínimo de 10 imágenes. (Ver mapa de exploración).
- Protocolos de biopsias (Seattle, Sidney, MAPS, E. Celíaca, Eeo, etc,)
- Realización de técnicas de mejoramiento de imagen y cromoendoscopia.
- Programa de entrenamientos confeccionados, documentados y aprobados.

Mapa de exploración esofagogastroduodenal y foto-documentación

Los requisitos internacionales incluyen un número mínimo de 10 imágenes para un examen endoscópico normal que debe incluir:



(1) esófago proximal, (2) esófago distal, (3) línea Z y hendidura del diafragma, (4) cardias y fundus en inversión, (5) cuerpo en vista frontal que incluye curvatura menor, (6) cuerpo, en retroflexión vista que incluye curvatura mayor, (7) ángulo en inversión parcial, (8) antro gástrico, (9) bulbo duodenal (D1) y (10) D2

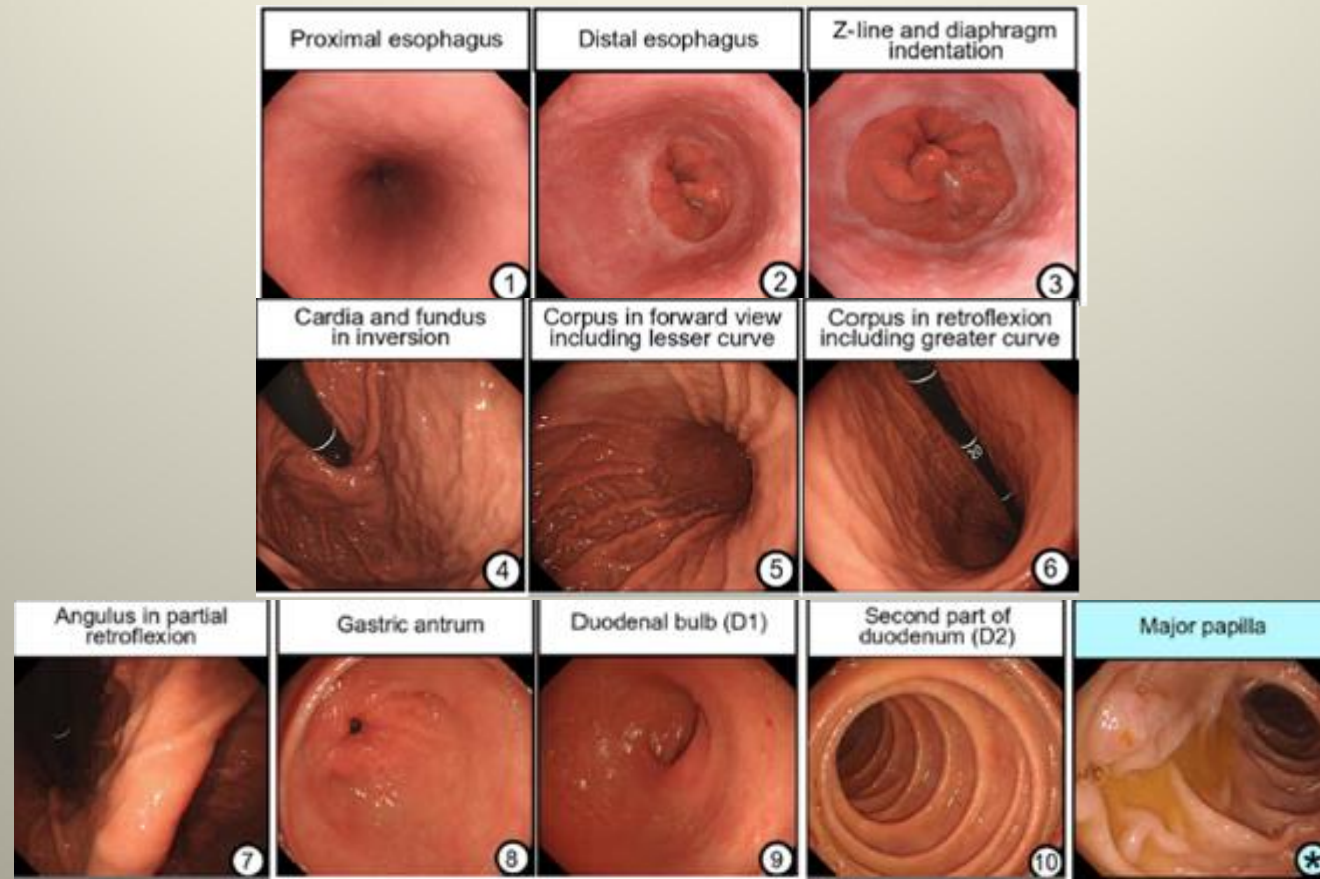


SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Mapa de exploración esofagogastroduodenal y foto-documentación



(1) esófago proximal, (2) esófago distal, (3) línea Z y hendidura del diafragma, (4) cardias y fundus en inversión, (5) cuerpo en vista frontal que incluye curvatura menor, (6) cuerpo, en retroflexión vista que incluye curvatura mayor, (7) ángulo en inversión parcial, (8) antro gástrico, (9) bulbo duodenal (D1) y (10) D2



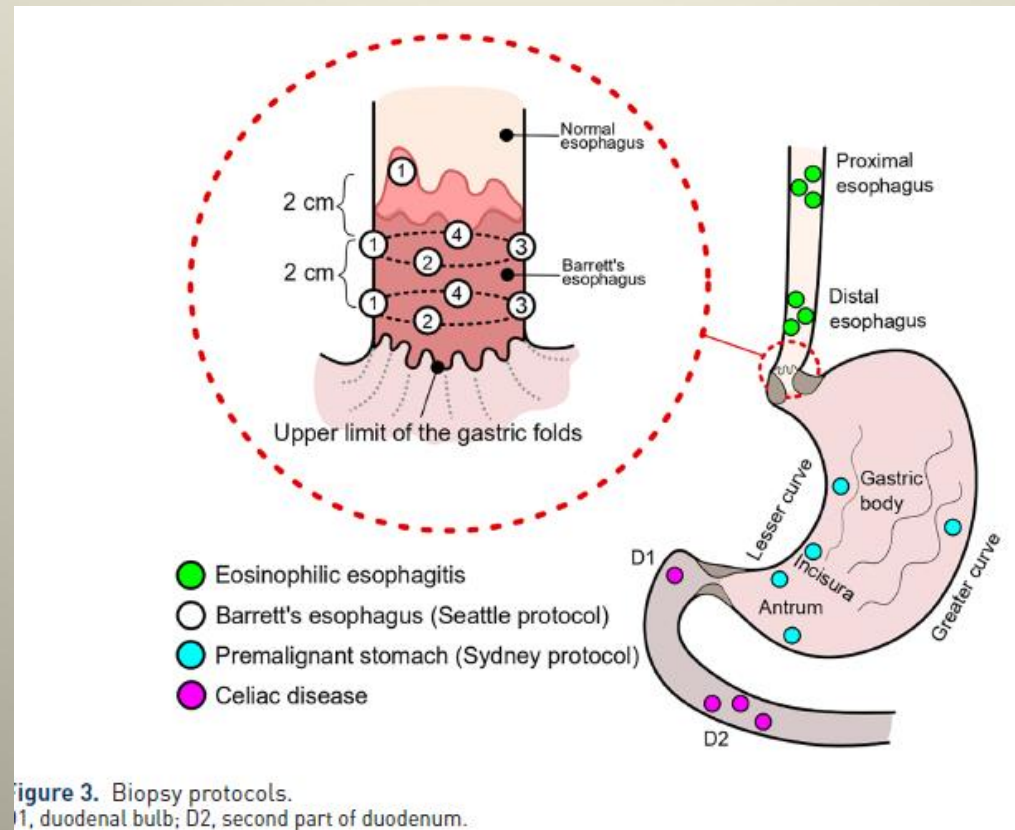
SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

Protocolos de biopsia esofagogastroduodenal





SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en esofagogastroduodenoscopia
Indicadores de calidad post-procedimientos.

- Informe detallado del proceder.
- Datos de filiación del paciente y fecha del procedimiento, Endoscopio utilizado (número de serie), Indicación de la prueba, descripción completa de cada una de las lesiones encontradas: tamaño, localización, forma (clasificación de París), método de extirpación, recuperación, Tipo de sedación (no/superficial/profunda), producto empleado, profesional responsable de la sedación
- Tiempo de retirada del endoscopio (7-8 min).
- Nombre del endoscopista.
- Complicaciones inmediatas (si las hubo) y actitud seguida.
- Registro de complicaciones.
- Recomendaciones post-terapéutica endoscópica.
- Datos de satisfacción del paciente.



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Sistemas de clasificaciones en esofagogastroduodenoscopia

DE USO GENERAL.

- Lesiones neoplásicas y precursoras.

ESÓFAGO.

- Esofagitis erosiva.
- Esófago de Barrett.
- Esofagitis eosinofílica.
- Esofagitis caústica.
- Esofagitis por cándida.
- Varices esofágicas.

ESTÓMAGO.

- Varices gástricas.
- Hemorragia digestiva.
- Hernia hiatal.
- Cáncer gástrico avanzado.
- Lesiones gástricas

DUODENO

- Adenomas en ptes con FAP

Clasificación de Paris.

Clasificación de los Ángeles

Clasificación de Praga

Clasificación EREFS

Clasificación de Zargar

Clasificación de Kodsi

Clasificación de Baveno o Beppu

Clasificación de Sarin

Clasificación de Forrest

Clasificación de Hill

Clasificación de Borrmann

Clasificación de Dinis-Ribeiro

Clasificación de Spigelman



Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en Colonoscopia.

Indicadores de calidad pre-procedimientos.

- Indicaciones inapropiadas: inferior al 20%. Contempladas en PNO; Profilaxis antibiótica, identificación de riesgo, plan sedación, clasificación ASA, manejo y documentación de terapia antitrombótica. Resumen de historia clínica y examen físico. (solicitud indicación del proceder).
- Tiempo de espera para exploraciones diagnósticas: inferior a 4 semanas
- Intervalos de vigilancia adecuados: véase Cribado CCR.
- Preparación del colon buena o muy buena: > 95%. Preparación correcta del colon iniciarla entre las 8 y las 12 h previas.
- Consentimiento informado.



Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en Colonoscopia. Indicadores de calidad intra-procedimientos

- Competencia del endoscopista (+200 al año).
- Tiempo medio de inserción: < 10 min
- Intubación cecal por endoscopista: >90% del total de la colonoscopia
>95% (excluidos mal preparados y ocluidos)
- Adenomas detectados: total > 20% (mujeres: > 15%; varones > 25%)
- Tiempo medio de retirada: > 7 min
- Sedación: el 95% de los pacientes satisfechos o muy satisfechos
- Obtención de biopsias de colon en estudio de diarrea crónica: Si
- Número y distribución de biopsias en la EII: una biopsia de cada cuadrante cada 10 cm (entre 28 y 32 biopsias)
- Resección de pólipos < 2 cm sin necesidad de cirugía: Sí
- Foto-documentación. Mínimo de 10 imágenes. (Ver mapa de exploración).



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

COLON

Colon Ascendente

Colon Descendente

Colon Transverso

Ciego

Sigmoides

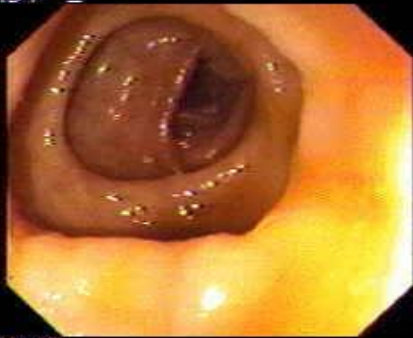
Recto

Ano



UCOLINDSC 6494
FEM 58

04/22/94
13:10:20



DR. MURRA SACA MD.

VC 602002

F 30
12/25/1971

04/25/2002
14:26:52

CVP:
D. F:
E:8 0:H



DR. MURRA SACA

VC 6820021

M 38
10/20/1953

05/04/2002
14:29:29

CVP:
D. F:
E:8 0:H

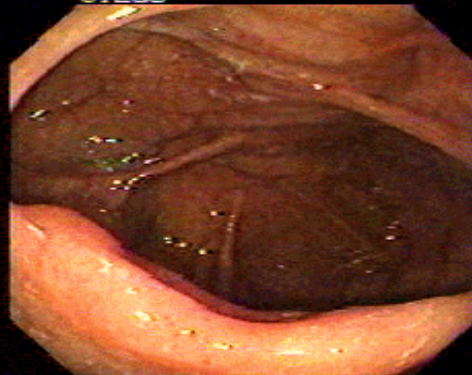


DR. MURRA SACA

UC 6495
MAS 58

05/12/95
12:30:15

CIEGO



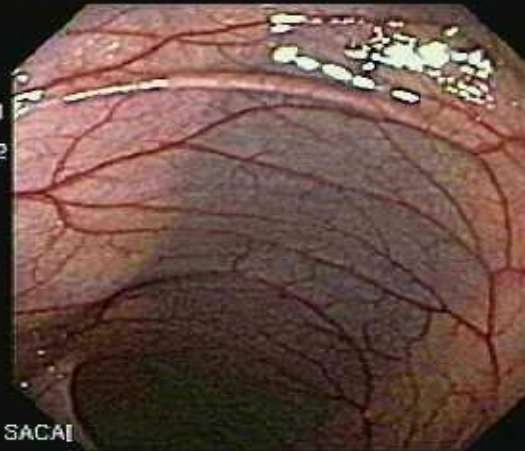
DR. MURRA SACA

VC 602002

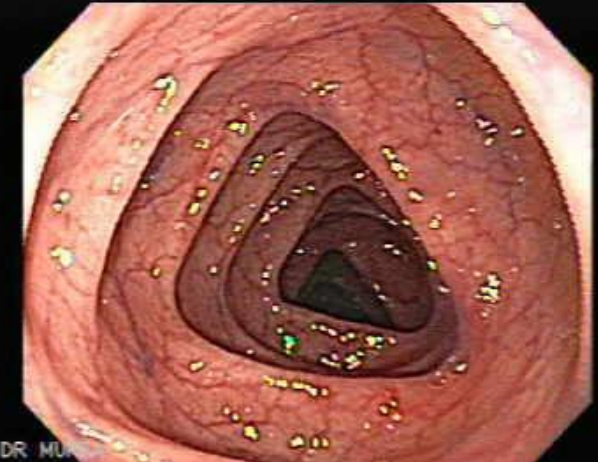
F 30
12/25/1971

04/25/2002
14:27:26

CVP:
D. F:
E:8 0:H



DR. MURRA SACA



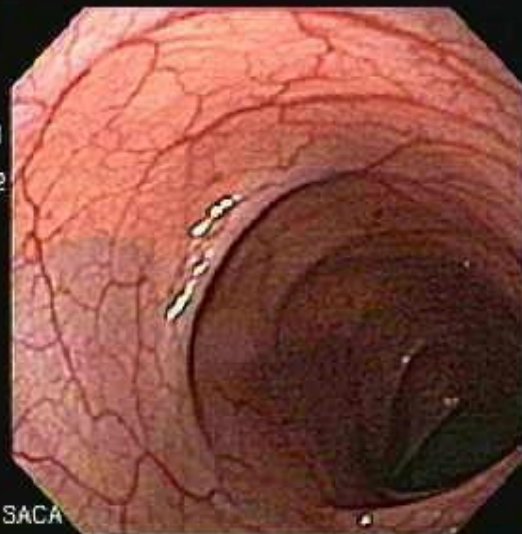
DR. MURRA SACA

VC 602002

F 30
12/25/1971

04/25/2002
14:27:45

CVP:
D. F:
E:8 0:H



DR. MURRA SACA



DR. MURRA SACA

VC 602002

F 30
12/25/1971

04/25/2002
14:28:42

CVP:
D. F:
E:8 0:H



DR. MURRA SACA



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en Colonoscopia.

Indicadores de calidad intra-procedimientos

- Control de recogida de las complicaciones
 - Perforación relacionada con la colonoscopia:
 - a) $< 1/500$ colonoscopias totales
 - b) $< 1/1000$ colonoscopia de cribado
 - Hemorragia pospolipectomía: $< 1\%$
 - Control endoscópico de la hemorragia pospolipectomía: $> 90\%$
- Tasa de recuperación de pólipos; al menos el 80% de los pólipos menores de 10 mm y el 95% de los pólipos de tamaño igual o mayor a 10 mm.

Una colonoscopia se define como incompleta cuando no se logra explorar la totalidad del colon, es decir, cuando no se intuba la región cecal.



Calidad en Endoscopia Digestiva

Métrica de calidad en colonoscopia

Indicadores de calidad post-procedimientos

Sistema de recogida de datos y elaboración del informe

- Datos de filiación del paciente y fecha del procedimiento
- Endoscopio utilizado (número de serie)
- Indicación de la prueba
- Descripción completa de cada una de las lesiones encontradas: tamaño, localización, forma (clasificación de París, NICE y Kudo), método de extirpación, recuperación
- Limpieza colónica: calidad de la limpieza con escala validada (clasificación de Boston)
- Tipo de sedación (no/superficial/profunda), producto empleado, profesional responsable de la sedación, clasificación ASA.
- Intubación cecal: sí/no (+90%)
- Tiempo de retirada del endoscopio (7 min)
- Nombre del endoscopista
- Complicaciones inmediatas (si las hubo) y actitud seguida



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

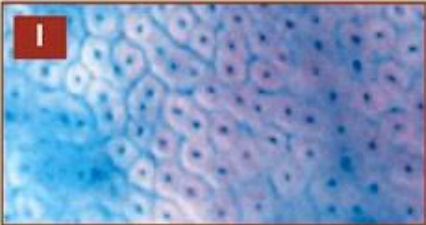
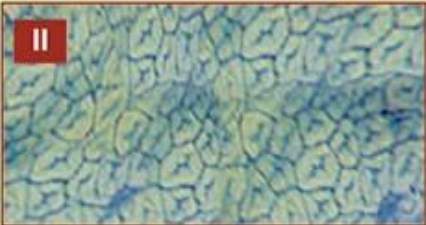
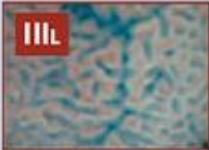
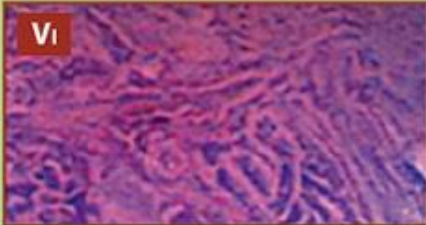
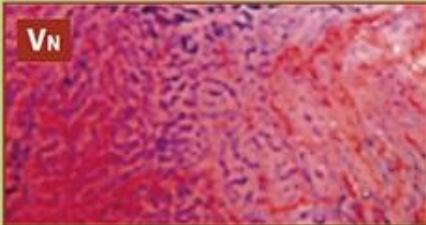
Sistemas de clasificaciones colónicas.

- Lesiones neoplásicas y precursoras.
 - Lesiones de crecimiento lateral
 - Patrón de Surcos(Pit Pattern)
 - Patrón de malla capilar de lesiones.
 - Clasificación Japonesa de lesiones.
 - Extensión de la CUI.
 - Severidad CUI.
- Clasificación de Paris.
 - Clasificación de Paris (LST).
 - Clasificación Kudo
 - Clasificación de Sano
 - Clasificación NICE.
 - Clasificación de Montreal
 - Clasificación Escala de Mayo.

Calidad en Endoscopia Digestiva

Indicadores de calidad en colonoscopias.

Clasificación NICE

	Patrón no neoplásico	Patrón no invasivo	Patrón invasivo
Clasificación de Kudo	I-II	III _L -III _S -IV	VI-V _N
Hallazgos endoscópicos	 	  	 
Histología	Normal Pólipo hiperplásico	Adenoma	Neoplasia invasiva
Tratamiento	Ninguno	Polipectomía mucosectomía disección submucosa	Cirugía



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA

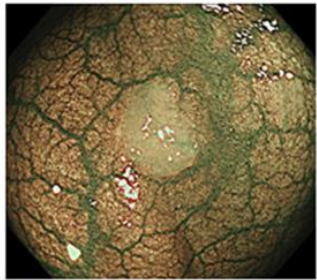
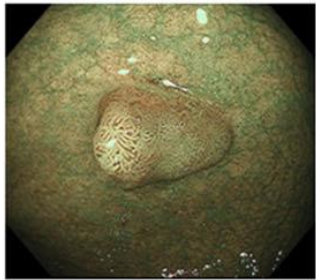
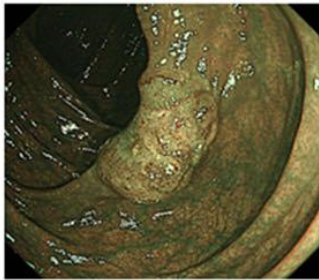


CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

Indicadores de calidad en colonoscopias.

Clasificación NICE

	Type 1	Type 2	Type 3
Color	Same or lighter than background	Browner relative to background (verify color arises from vessels)	Brown to dark brown relative to background; sometimes patchy whiter areas
Vessels	None, or isolated lacy vessels may be present coursing across the lesion	Brown vessels surrounding white structures**	Has area(s) of disrupted or missing vessels
Surface pattern	Dark or white spots of uniform size, or homogeneous absence of pattern	Oval, tubular or branched white structures** surrounded by brown vessels	Amorphous or absent surface pattern
Most likely pathology	Hyperplastic & sessile serrated polyp (SSP) ***	Adenoma****	Deep submucosal invasive cancer
Endoscopic image			

* Can be applied using colonoscopes with/ without optical (zoom) magnification

** These structures (regular or irregular) may represent the pits and the epithelium of the crypt opening.

*** In the WHO classification, sessile serrated polyp and sessile serrated adenoma are synonymous.

**** Type 2 consists of Vienna classification types 3, 4 and superficial 5 (all adenomas with either low or high grade dysplasia, or with superficial submucosal carcinoma). The presence of high grade dysplasia or superficial submucosal carcinoma may be suggested by an irregular vessel or surface pattern, and is often associated with atypical morphology (e.g., depressed area).



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA

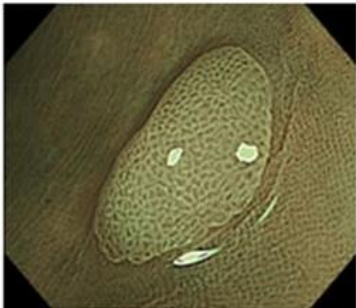
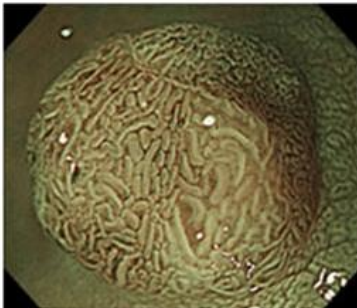
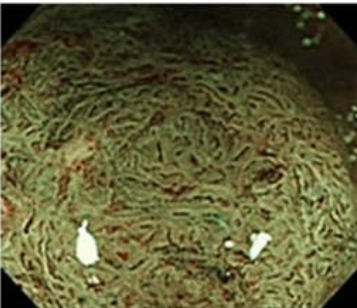
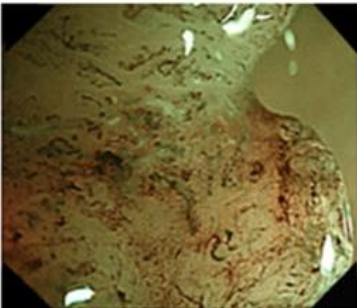


CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

Indicadores de calidad en colonoscopias

Clasificación JNET

	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Vessel pattern	• Invisible*¹	• Regular caliber • Regular distribution (meshed/spiral pattern)*²	• Variable caliber • Irregular distribution	• Loose vessel areas • Interruption of thick vessels
Surface pattern	• Regular dark or white spots • Similar to surrounding normal mucosa	• Regular (tubular/branched/papillary)	• Irregular or obscure	• Amorphous areas
Most likely histology	Hyperplastic polyp/ Sessile serrated polyp	Low grade intramucosal neoplasia	High grade intramucosal neoplasia/ Shallow submucosal invasive cancer* ³	Deep submucosal invasive cancer
Endoscopic image				

*1. If visible, the caliber in the lesion is similar to surrounding normal mucosa.

*2. Micro-vessels are often distributed in a punctate pattern and well-ordered reticular or spiral vessels may not be observed in depressed lesions.

*3. Deep submucosal invasive cancer may be included.



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA

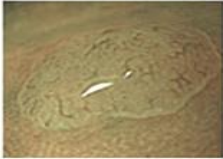
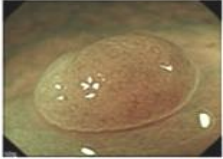
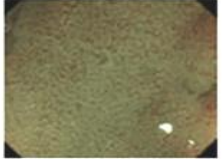
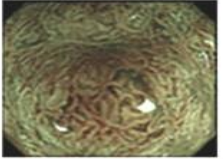
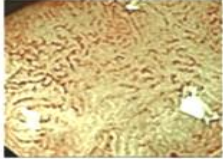
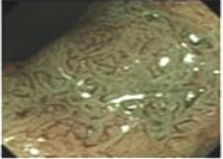
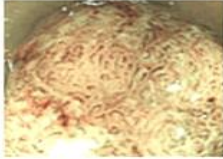
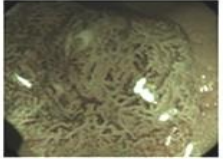
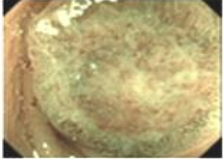
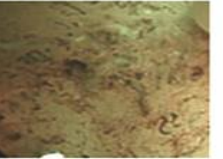
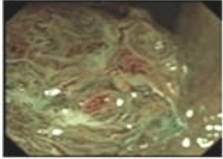
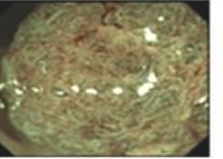


CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

Indicadores de calidad en colonoscopias.

Clasificación NICE-JNET

Normal/ Hyperplasia Type 1	Low grade adenoma Type 2A	High grade adenoma Type 2B	Deep submucosal invasive carcinoma Type 3
 	Non-Polypoid type   Polypoid type  	Non-Polypoid type   Polypoid type  	Non-Polypoid type   Polypoid type  
None, or isolated lacy vessels may be present coursing across the lesion	Regular	Has area(s) with moderately distorted vessels	Has area(s) with markedly distorted or missing vessels
•Vessels are invisible •If vessels are visible, the vessel caliber in the lesion is the same as that in the surrounding normal mucosa •Lacy vessels coursing across the lesion	•Distribution of dark brown microvessels •Uniform and regular, relatively well-ordered reticular pattern (*Note that microvessels are often distributed in a punctate pattern and the well-ordered reticular pattern is not commonly observed in depressed lesions.)	•Varied caliber/caliber change •Thick vessels/vessel dilation •Uneven and irregular distribution of vessels •Vessel meandering *Approximately ≥ 1.5 times thicker than in adenomas	•Avascular areas or loose vascular areas •Disrupted thick vessels



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

- ¿Qué son los eventos centinela y por qué es importante rastrearlos?

El término eventos centinela se utiliza para describir desviaciones significativas de la atención óptima al paciente. Estas desviaciones incluyen desviaciones de la política del hospital o los estándares aceptados de atención, así como los principales eventos adversos (complicaciones) de los procedimientos. **Es un estandar de seguridad del paciente**



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Calidad en Endoscopia Digestiva

- ¿Qué son los eventos centinela y por qué es importante rastrearlos?

Pueden ser resultados adversos de la sedación o del procedimiento en sí, como compromiso cardiopulmonar, sangrado, perforación o infecciones, o eventos específicos del procedimiento, como pancreatitis post- CPRE.

Deficiencias de la política del hospital, incluyen el uso inapropiado de antibióticos profilácticos, procedimientos inapropiados, falta de consentimiento informado por escrito, informes de endoscopia inadecuados o retrasados, o la realización de procedimientos en lugares inseguros dentro de la institución.



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA

Mensajes para llevar a casa

¿Cuáles son las principales competencias básicas que deben dominar los endoscopistas?

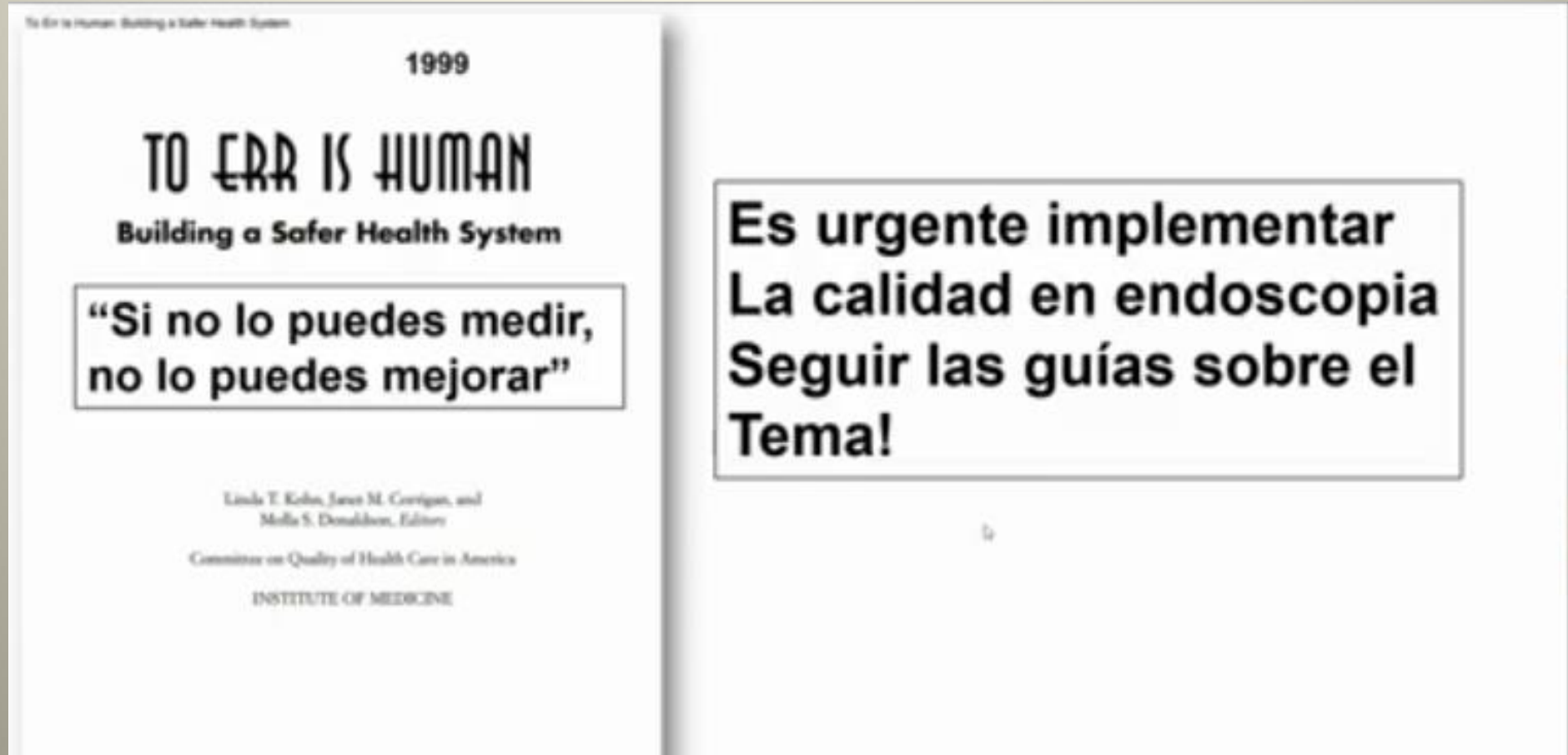
1. Realización de un examen endoscópico completo;
2. Interpretación correcta de los hallazgos endoscópicos;
3. Aplicación exitosa de intervenciones endoscópicas (biopsia, terapéutica);
4. Usar los hallazgos de la endoscopia para crear un plan de manejo apropiado;
comunicación de los hallazgos endoscópicos, diagnósticos y plan de manejo;
5. Realizar todas estas habilidades minimizando los riesgos para el paciente.



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA





Fin
Muchas gracias por su atención.

¡La Endoscopia uniendo la Gastroenterología Cubana!
GastroÁvila 2022



SOCIEDAD CUBANA DE
GASTROENTEROLOGÍA



CAPÍTULO DE
GASTROENTEROLOGÍA
CIEGO DE ÁVILA