



EDITORIAL

Certificación y habilidad: los pilares de la competencia en gastroenterología

Certification and skill: the foundations of competence in gastroenterology

Hugo Guillermo Cedrón Cheng^{1,2,a} 

¹ Editor Principal de la Revista de Gastroenterología del Perú.

² Clínica Anglo Americana, Lima, Perú.

^a Gastroenterólogo

Recibido: 3/3/2025
Aprobado: 19/3/2025
En línea: 30/3/2025

Financiamiento
Ninguno.

Citar como
Cedrón Cheng HC. Certificación y habilidad: los pilares de la competencia en gastroenterología. 2025;45(1):5-7. doi: 10.47892/rgp.2025.451.1898

"He who studies medicine without books sails an uncharted sea, but he who studies medicine without patients does not go to sea at all"
William Osler

El aumento de la expectativa de vida, los cambios en los patrones de las enfermedades y los avances tecnológicos han generado nuevos desafíos para los gastroenterólogos, tanto experimentados como en formación, en los campos diagnóstico y terapéutico. Desde que terminé la especialización en gastroenterología, veo como cada día aparecen nuevos medicamentos y cambian los algoritmos diagnóstico y tratamiento para el manejo de las enfermedades como la enfermedad inflamatoria intestinal, y a su vez cada día aparecen nuevas tecnologías y accesorios que nos permiten hacer resecciones extensas, valorar ecográficamente el páncreas o el intestino o abordar el tercer espacio, entre otras.

Actualmente al finalizar la carrera, se otorga una certificación que acredita el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos por la normativa nacional. Luego de 3 a 4 años de entrenamiento para nuestro ámbito local, estos requisitos deben otorgar al gastroenterólogo general herramientas suficientes para conocer los algoritmos diagnósticos de las enfermedades gastrointestinales y el dominio suficiente de las técnicas básicas de endoscopia, como por ejemplo una endoscopia o una colonoscopia con polipectomía, necesarios para abordar y solucionar los problemas principales más frecuentes de la población ⁽¹⁾. Actualmente nadie pensaría que uno podría terminar una especialización en gastroenterología sin conocer como realizar una endoscopia digestiva alta, pero así era la realidad de los años setenta a nivel mundial ⁽²⁾.

Con lo expresado, en nuestro medio, ¿realmente certificamos una competencia acorde con los avances farmacológicos y tecnológicos? La respuesta es lastimosamente: No. Actualmente los organismos reguladores no actualizan las competencias desde hace muchos años, no se responsabilizan por ofrecer al médico un entrenamiento lugares debidamente equipados, en muchos lugares faltan endoscopios y las técnicas terapéuticas que se pueden realizar, son muy limitas por la disponibilidad de insumos, perjudicando desde ya, una formación realmente competente ⁽³⁾.

Lograr competencias básicas requiere tiempo, debe ser integral e incluir tanto aspectos teóricos de fisiopatología de la enfermedad, como conocimiento de los riesgos y beneficios de las técnicas que vamos a realizar y las posibles alternativas diagnósticas y terapéuticas que tenemos disponibles. La European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) menciona que la competencia se logra por medio de un proceso que involucra tres aspectos: el cognitivo, el motor y el integrador ⁽¹⁾.

Correspondencia:
Hugo Guillermo Cedrón Cheng
E-mail: hcedron@gmail.com

Tabla 1. Representación esquemática de las recomendaciones para indicadores de competencia en procedimientos endoscópicos básicos ⁽¹⁾.

Procedimiento	Endoscopia alta	Colonoscopia	Polipectomía
Meta de casos	130 – 1000.	50 – 500.	30 – 400.
Indicador de competencia (KPI)	Tasa de intubación esofágica: 95%.	Tasa de intubación cecal ≥90%.	Sangrado post polipectomía ≤2%.
	Tasa de retroflexión ≥95%.	Tasa de detección de adenoma – variable según el año de entrenamiento.	Tasa de completar polipectomía ≥80% sin ayuda.
	Tiempo para intubación de la 2da porción duodenal ≤4,75 Min.	Tiempo de retirada: 10 min luego 150 exámenes.	Tasa de resección de lesiones en bloque.
	Tasa de intubación de la 2da porción duodenal ≥95%.		

Para lograr una competencia básica, los talleres de hand-on además del uso de simuladores han demostrado ser una herramienta eficiente para establecer el primer contacto de los entrenados con los nuevos procedimientos y las técnicas. Inicialmente, para lograr una competencia básica nos basábamos en el número procedimientos realizados en un periodo de tiempo, sin embargo, es un concepto ha sido reemplazado por los indicadores claves de desempeño (KPI en inglés). Los KPI nos permiten unificar criterios de evaluación, evaluar de manera cuantificable las habilidades y competencias de un endoscopista sin la percepción subjetiva de sus supervisores, detectar de manera activa debilidades en la formación y ajustar la capacitación. (Tabla 1).

¿Por qué es importante certificar las competencias?

- Mejora la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes, una persona que realiza un procedimiento regularmente, minimiza los riesgos y mejora los resultados. La habilidad, sin la práctica, se deteriora rápidamente ⁽⁴⁾.
- Unifica el conocimiento teórico con el práctico, permite participar de manera activa y eficiente en la toma de decisiones. La endoscopia debe ser una extensión del juicio clínico del gastroenterólogo ⁽²⁾.
- Demostrar una formación rigurosa inspira confianza entre pacientes, colegas e instituciones. Brinda credibilidad y confianza profesional.
- Homogeneiza la práctica médica al estar basada en estándares internacionales.
- Estimula la formación continua. Una competencia necesita ser validada periódicamente, fomentando la actualización constante y el desarrollo profesional.

Los avances en farmacología y tecnología generaron tratamiento y procedimientos cada vez más complejos, que exigen competencias avanzadas, y que deben adquirirse en centros de entrenamiento certificados luego del entrenamiento básico. Áreas como la enfermedad inflamatoria intestinal, la neuromotilidad, la hepatología y el trasplante hepático, la falla intestinal, así como diversas técnicas de endoscopia terapéutica—incluyendo la colangiografía retrógrada endoscópica, el ultrasonido endoscópico, la enteroscopia asistida por dispositivos y la disección endoscópica submucosa—requieren un entrenamiento adicional especializado ^(2,5,6). En Estados Unidos, bajo la supervisión de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), ha habido un aumento en los programas solo dedicados a la formación en endoscopia avanzada, y con especial énfasis en la colangiografía retrógrada endoscópica y el ultrasonido endoscópico. En el año 2024, se ofrecieron 79 programas con un total de 96 participantes ⁽⁷⁾.

Las competencias avanzadas son específicas para cada tipo de procedimiento, debido a que requieren una formación específica y una evaluación rigurosa (Tabla 2). Diversas organizaciones trabajan activamente en la definición de estándares mínimos para certificar cada procedimiento con el objetivo de garantizar una atención de alta calidad y mejorar los resultados en los pacientes ⁽⁸⁾.

Es ampliamente reconocido que muchos centros de entrenamiento en el Perú, así como en diversas regiones de América Latina, enfrentan limitaciones para certificar competencias en procedimientos endoscópicos avanzados. Ante esta realidad, resulta fundamental promover la

Tabla 2. Recomendaciones regionales para evaluar la competencia y el número de procedimientos en CPRE y ecoendo.

	Colangiografía retrógrada endoscópica	Ultrasonido endoscópico
	Volumen de exámenes y KPI	Volumen de exámenes y KPI
Estados Unidos (ASGE)	200 procedimientos, 80 esfinterotomías, 60 endoprótesis, 90% de tasa canulación papila nativa.	50 Aspiración con aguja fina por ultrasonido endoscópico.
Canadá	200 procedimientos, 80 esfinterotomías, 60 stent biliares y no biliares.	250 procedimientos en total, 25 casos rectales, 10 casos de plexo celiaco, 100 casos pancreáticos y 50 punción de aguja fina o biopsia con aguja fina.
Europa (ESGE)	300 procedimientos en total, 80% canulaciones de vía biliar nativa, 90% tasa de éxito de colocación de stent en estenosis biliar distal, 85% tasa de éxito de extracción de litos. 10% pancreatitis post ERCP.	250 casos en total, más 90% de identificación de puntos anatómicos clave, eficacia de punción de aguja fina y biopsia con aguja fina mayor 85%.

formación de un mayor número de profesionales con certificaciones obtenidas en Centros de Entrenamiento Internacionalmente Calificados, los cuales cuenten con currículos estructurados y procesos de evaluación objetivos.

La obtención de certificaciones no solo contribuye al desarrollo profesional de los médicos, sino que también mejora significativamente la calidad de la atención médica. Diversos estudios han demostrado que estas certificaciones están asociadas con una reducción en los riesgos relacionados con los procedimientos endoscópicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonelli G, Voiosu AM, Pawlak KM, Gonçalves TC, Le N, Bronswijk M, *et al.* Training in basic gastrointestinal endoscopic procedures: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) Position Statement. *Endoscopy*. 2024;56(2):131-150. doi: 10.1055/a-2205-2613.
2. González-González JA, Villarreal-Galván J, Martínez-Vázquez M, Garza-Galindo AL, Bosques-Padilla FJ, Gaitán-Cardona G, *et al.* ¿El adquirir una habilidad técnica, es suficiente para realizar la endoscopia digestiva? Una reflexión de la experiencia de un centro de entrenamiento Universitario. *Rev Gastroenterol Mex*. 2011;76(1):1-5.
3. Schlosser S, Garbe J, Hamesch K, Dimitriadis S, Staudacher JJ. How we achieve satisfaction in training - A German-wide survey on preferred training conditions among trainers and trainees for board certification in gastroenterology. *Z Gastroenterol*. 2024;62(3):388-398. doi: 10.1055/a-2119-3069.
4. Forbes N, Boyne DJ, Mazurek MS, Hilsden RJ, Sutherland RL, Pader J, *et al.* Association between endoscopist annual procedure volume and colonoscopy quality: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(10):2192-2208.e12. doi: 10.1016/j.cgh.2020.03.046.
5. Pinto J, Azevedo R, Pereira E, Caldeira A. Ultrasonography in Gastroenterology: The Need for Training. *GE Port J Gastroenterol*. 2018;25(6):308-316. doi: 10.1159/000487156.
6. Yadlapati R, Keswani RN, Pandolfino JE. Competency based medical education in gastrointestinal motility. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(10):1460-4. doi: 10.1111/nmo.12835.
7. Wani S, Khan R, Draganov PV, Walsh CM. Training in Advanced Endoscopy: Current Status and Future Directions. *Gastroenterology*. 2024;167(5):834-840.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2024.06.015.
8. Telleman H, Burger TF, Mulder CJ. Evolution of gastroenterology training. *World J Gastroenterol*. 2009;15(15):1793-8. doi: 10.3748/wjg.15.1793.