EDITORIAL

Calidad en endoscopía: más allá de completar el procedimiento

Quality in endoscopy: beyond completing the procedure

Hugo Cedrón Cheng[1,a]

[1] Clínica Anglo Americana, Lima, Perú
[a] Gastroenterólogo

Recibido: 12/08/2026
Arbitrado por pares
Aprobado: 18/09/2026
En línea: 00/00/2026

Conflicto de intereses
Ninguno.

Financiamiento
Ninguno.

Citar como
Cedrón Cheng H. Calidad en endoscopía: más allá de completar el procedimiento. Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(3):247-8. doi: 10.47892/rgp.2026.463.2303.

"La calidad nunca es fruto del azar; es el resultado de una intención elevada, un esfuerzo sincero, una dirección inteligente y una ejecución competente. Es la expresión de decisiones acertadas entre múltiples alternativas y de la experiencia acumulada de muchos maestros."

John Ruskin, 1819-1900.

La endoscopia es un procedimiento técnico y manual cuya competencia se desarrolla mediante entrenamiento, práctica, supervisión y evaluación continua. Sin embargo, su calidad no debería evaluarse únicamente por el hecho de haber sido realizada ni porque técnicamente haya sido "completa", es decir, porque se haya alcanzado el duodeno. La endoscopia es mucho más que una simple inspección; es observar de manera sistemática, reconocer, interpretar, documentar y transformar los hallazgos en información clínicamente útil que nos permita confirmar o modificar decisiones clínicas, contribuyendo así a una atención adecuada y segura del paciente.

La evaluación de la calidad de una endoscopia debe realizarse mediante indicadores que se actualicen periódicamente de acuerdo con la evidencia disponible [1,2]. Esta evaluación debe comprender las diferentes etapas del proceso endoscópico:

- *Antes del procedimiento:* debe existir una indicación apropiada para el estudio y debe quedar registrado que el paciente recibió las indicaciones correspondientes de preparación, incluyendo las recomendaciones de ayuno.
- *Durante el procedimiento:* debe evaluarse la adecuada visualización de la mucosa mediante escalas estandarizadas y validadas, la fotodocumentación de los principales reparos anatómicos y de los hallazgos patológicos, un tiempo de inspección de al menos 7 minutos para una endoscopia digestiva alta diagnóstica, y el empleo de una terminología y clasificaciones estandarizadas. Algunos escenarios requieren protocolos específicos, como el protocolo de Seattle para la vigilancia del esófago de Barrett o las recomendaciones MAPS para la evaluación de condiciones y lesiones gástricas precancerosas.
- *Después del procedimiento:* debe realizarse la evaluación y el registro de los eventos adversos, así como establecer los intervalos de vigilancia correspondientes de acuerdo con la patología identificada.

Las diferentes sociedades de endoscopía digestiva han establecido indicadores de calidad debido a que la endoscopia digestiva alta es un procedimiento altamente dependiente del operador, en el que la calidad de la inspección, el reconocimiento de las lesiones y su adecuada documentación pueden variar entre endoscopistas [1-3]. Esta variabilidad puede traducirse en lesiones no reconocidas, hallazgos subestimados o sobreestimados y, finalmente, en decisiones clínicas diferentes para un mismo paciente. El establecimiento de indicadores permite

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

Este es un artículo bajo la licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

transformar el concepto subjetivo de una "buena endoscopia" en el de una "endoscopia de alta calidad", definida a partir de parámetros objetivos, reproducibles y susceptibles de ser medidos y mejorados [4].

De todos los aspectos mencionados, merecen especial consideración dentro de los indicadores de calidad de una endoscopia digestiva alta: la fotodocumentación sistemática del estudio y la evaluación objetiva de la visualización de la mucosa mediante escalas estandarizadas y validadas.

La fotodocumentación no debe considerarse un simple complemento del informe, sino una herramienta de control de calidad que permite documentar de manera objetiva los principales reparos anatómicos y los hallazgos relevantes, verificar la extensión y calidad de la exploración y facilitar la comparación y el seguimiento de los pacientes. La fotodocumentación debe incluir los principales reparos anatómicos normales y todos los hallazgos anormales. Su estandarización permite reducir la variabilidad en la documentación entre operadores y facilita la auditoría del desempeño endoscópico [2,5].

La adecuada visualización de la mucosa constituye un requisito fundamental para una endoscopia de calidad. La presencia de moco, espuma, líquido, bilis o residuos puede limitar la inspección y dificultar la identificación de lesiones, por lo que la calidad de la limpieza no debería reducirse a una apreciación subjetiva de "buena" o "mala" preparación. Actualmente disponemos de diferentes escalas estandarizadas que permiten objetivar este aspecto, entre ellas, las escalas Barcelona, PEACE o GRACE. La escala Barcelona evalúa la visibilidad de la mucosa en cinco segmentos del tracto digestivo superior, y ha demostrado una asociación entre una mejor calidad de limpieza y una mayor detección de lesiones clínicamente significativas, aportando evidencia adicional para su utilización en la práctica clínica [6,7].

Lograr una endoscopia de alta calidad en un paciente con anatomía gastrointestinal normal es fundamental y, aun así, la definición y medición de la calidad continúan evolucionando. Si en la anatomía convencional necesitamos indicadores para reducir la variabilidad entre operadores y mejorar la detección y caracterización de las lesiones, cabe preguntarse: ¿Qué ocurre cuando la anatomía ha sido modificada por una cirugía? ¿Podemos aplicar los mismos parámetros o necesitamos redefinir lo que entendemos por una endoscopia de calidad?

En este número, invitamos a revisar el trabajo de Dorelo *et al*., que aborda precisamente este desafío y propone un marco estructurado para evaluar la calidad de la endoscopia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica [8]. La endoscopia digestiva desempeña un papel central tanto en la evaluación preoperatoria como en el seguimiento de estos pacientes; sin embargo, la modificación de la anatomía gastrointestinal plantea exigencias adicionales que no necesariamente quedan reflejados en los indicadores convencionales. En estos pacientes, alcanzar el segmento anatómico esperado no garantiza por sí mismo una exploración adecuada: el conocimiento de la anatomía quirúrgica, la identificación de nuevos reparos anatómicos, la evaluación sistemática de las estructuras relevantes y la búsqueda dirigida de complicaciones forman parte inseparable de la calidad del procedimiento. La propuesta Bariatric Endoscopy Quality Indicators (BEQI) organiza estos elementos en las fases preprocedimiento, intraprocedimiento y postprocedimiento, integrando dominios clásicos de calidad con variables específicas del contexto bariátrico. Su implementación podría contribuir a reducir la variabilidad en la práctica, estandarizar la documentación, facilitar la auditoría y promover procesos de mejora continua. No obstante, BEQI debe entenderse actualmente como un marco conceptual que requiere validación.

Finalmente, el desafío actual ya no consiste únicamente en realizar una endoscopia técnicamente completa, sino en demostrar que fue realizada con la calidad necesaria para proporcionar información clínicamente relevante y contribuir a una mejor toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bisschops R, Areia M, Coron E, Dobru D, Kaskas B, Kuvaev R, *et al*. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. Endoscopy. 2016;48(9):843-64. doi: 10.1055/s-0042-113128.
2. Areia M, Esposito G, Leclercq P, Romańczyk M, Zessner-Spitzenberg J, Delgado Guillena PG, *et al*. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative - Update 2025. Endoscopy. 2025;57(11):1268-1297. doi: 10.1055/a-2674-4912.
3. Yadlapati R, Early D, Iyer PG, Morgan DR, Sengupta N, Sharma P, *et al*. Quality indicators for upper GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2025;101(2):236-260. doi: 10.1016/j.gie.2024.08.023.
4. Januszewicz W, Kaminski MF. Quality indicators in diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. Ther Adv Gastroenterol. 2020;13:1756284820916693. doi: 10.1177/1756284820916693.
5. Emura F, Sharma P, Arantes V, Cerisoli C, Parra-Blanco A, Sumiyama K, *et al*. Principles and practice to facilitate complete photodocumentation of the upper gastrointestinal tract: World Endoscopy Organization position statement. Dig Endosc. 2020;32(2):168-179. doi: 10.1111/den.13530.
6. Córdova H, Barreiro-Alonso E, Castillo-Regalado E, Cubiella J, Delgado-Guillena P, Díez Redondo P, *et al*. Applicability of the Barcelona scale to assess the quality of cleanliness of mucosa at esophagogastroduodenoscopy. Gastroenterol Hepatol. 2024;47(3):246-252. doi: 10.1016/j.gastrohep.2023.05.011.
7. Córdova H, Luzko I, Tejedor-Tejada J, Castillo-Regalado E, Barreiro-Alonso E, Delgado-Guillena P, *et al*. Prospective validation of the Barcelona scale for the assessment of mucosal cleanliness during upper gastrointestinal endoscopy. Ther Adv Gastroenterol. 2025;18:17562848251363873. doi: 10.1177/17562848251363873.
8. Dorelo R, Varela M, Bañales M, Machado P, Cedrón Cheng HG, Tchekmedyian AJ. Standardization of quality in bariatric endoscopy: the BEQI framework and a simplified assessment tool (BEQI-S). Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(3). doi: 10.47892/rgp.2026.463.2334.