

Responsabilidad e impacto de un Mentor en medicina

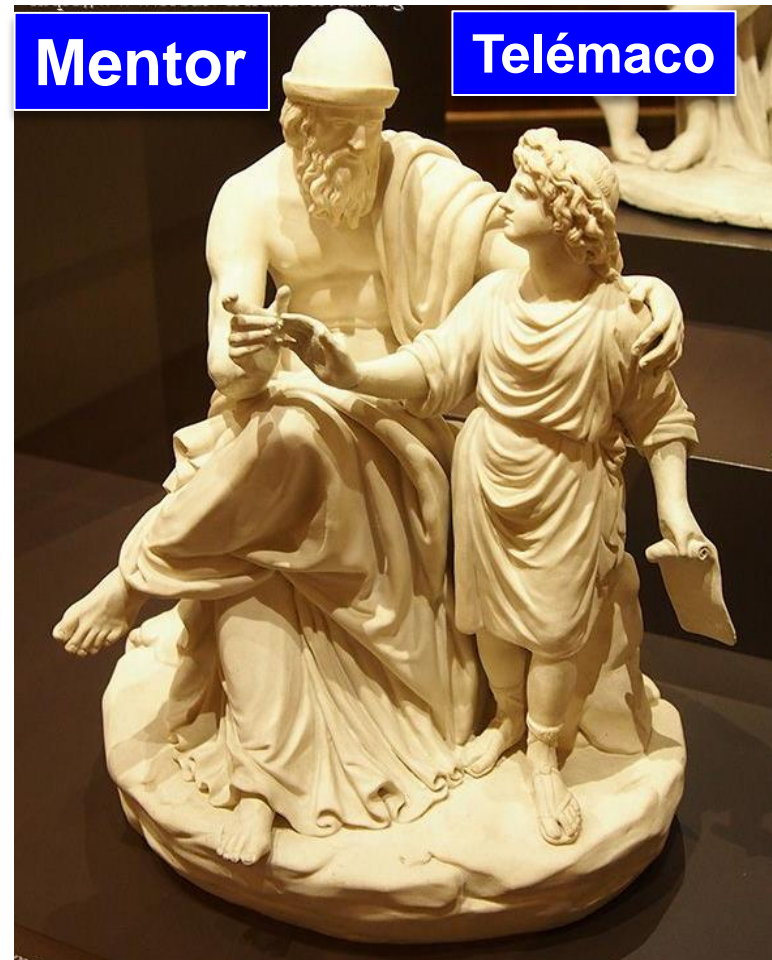


William Otero Regino MD FAGAF, FACP
Profesor Titular de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia
Hospital Universitario Nacional





Ulises



Mentor

Telémaco

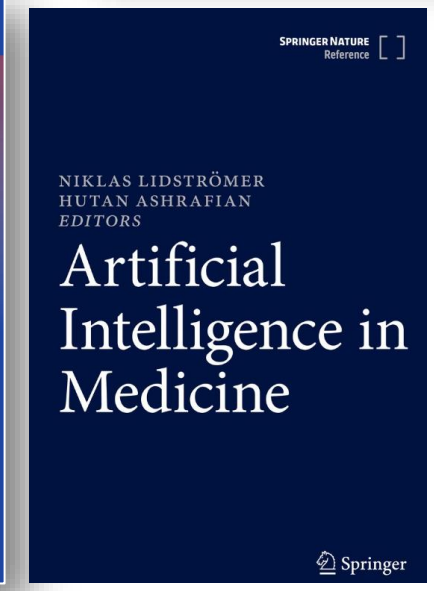
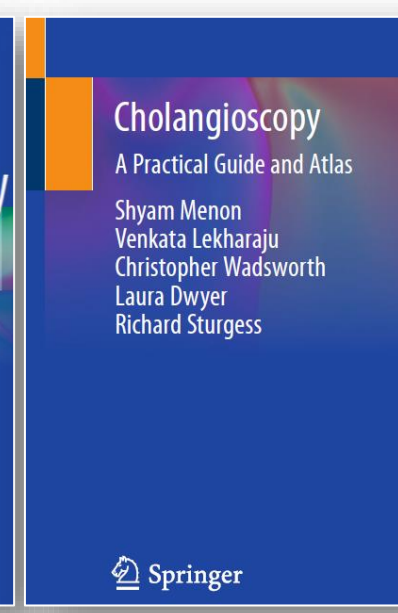
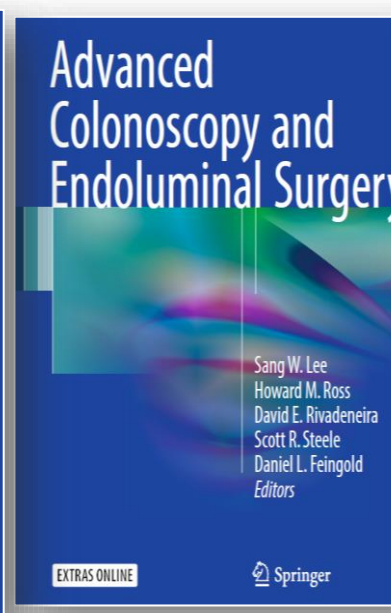
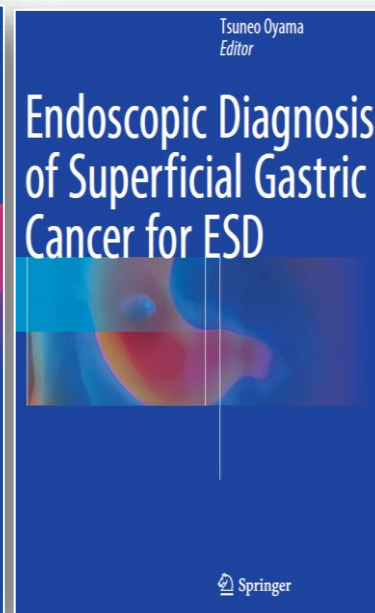
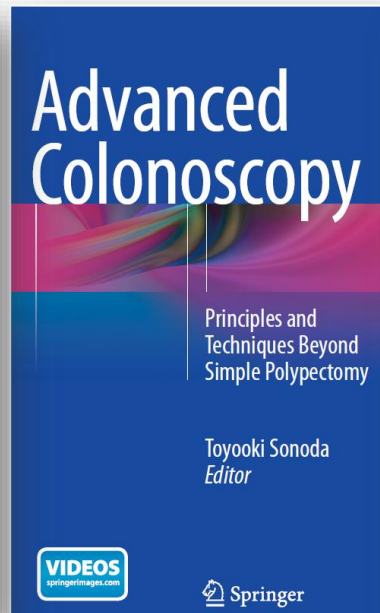
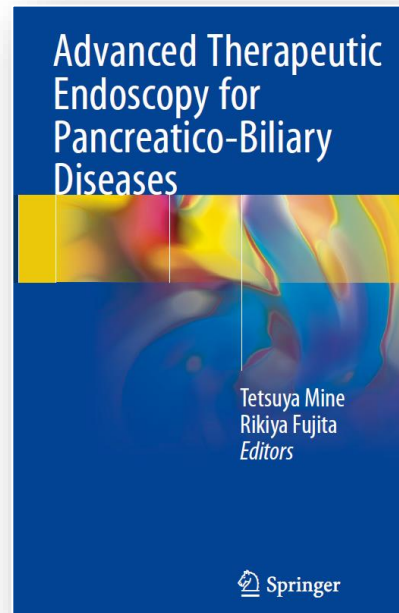
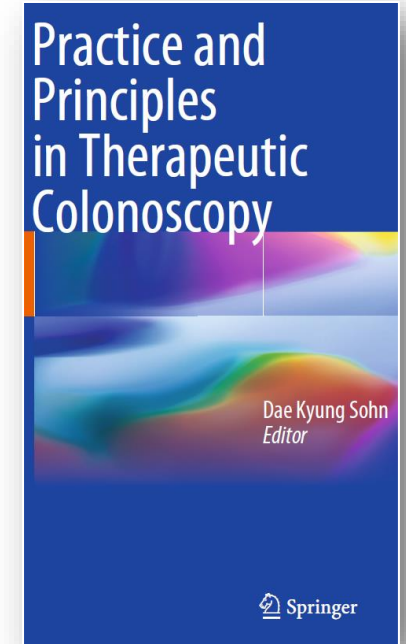


“Mentor asumió la responsabilidad de guiar a Telémaco hasta cuando madurara y fuera capaz de pensar y actuar de forma independiente”

Últimas cinco décadas

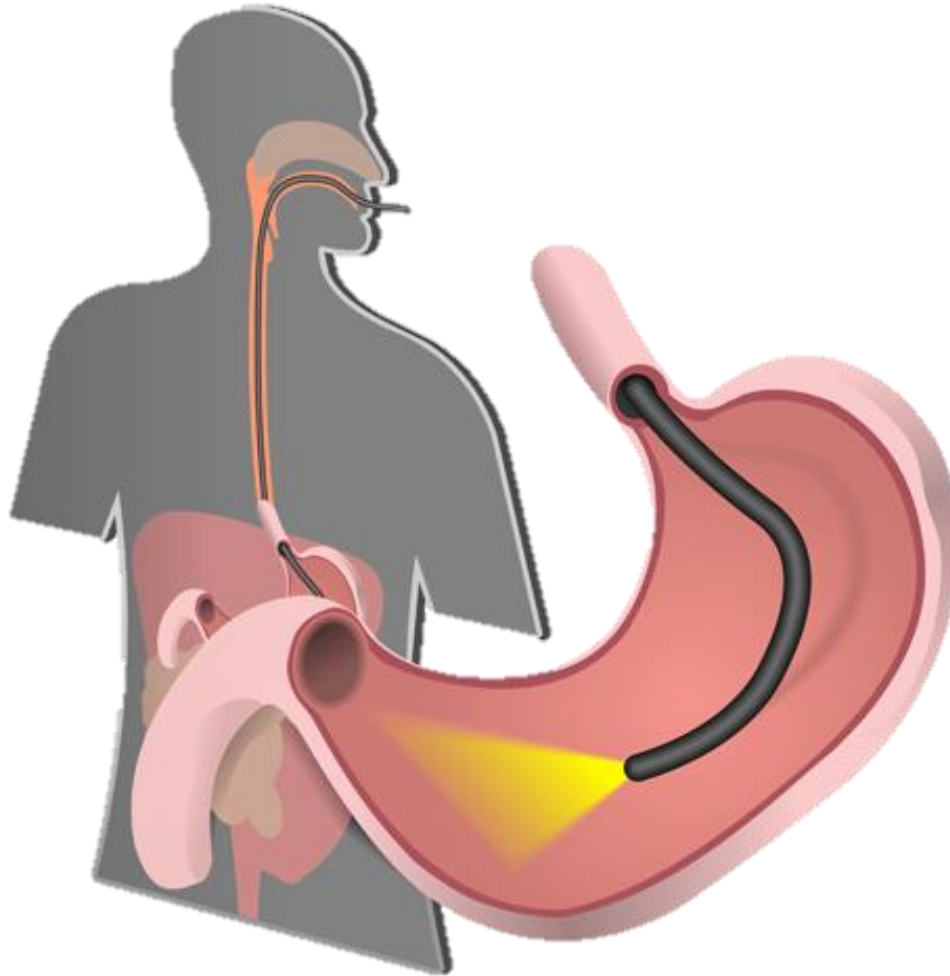
Avance tecnológico impresionante

Endoscopistas necesidad
Entrenamiento muy particular



Enseñanza de la endoscopia

Antes



Después

Durante

Advances and Challenges in Endoscopic Training



Kevin A. Waschke¹



Walter Coyle²

Waschke KA, Gastroenterology 2018;154:1985–1992



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Best Practice & Research Clinical Gastroenterology



7

Training the gastrointestinal endoscopy trainer



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE, Director of
Endoscopy ^{a, *},

John Anderson, MD, FRCPC, Consultant Gastroenterologist,
Director Gloucestershire Endoscopy Training Centre ^{b, 1},

Donald Macintosh, MD, MSC, FRCPC, Professor of Medicine ^{c, 2},

Roland M. Valori, MD, FRCP, MSC (Oxon), Consultant
Gastroenterologist ^{b, 3}

ASGE principles of endoscopic training

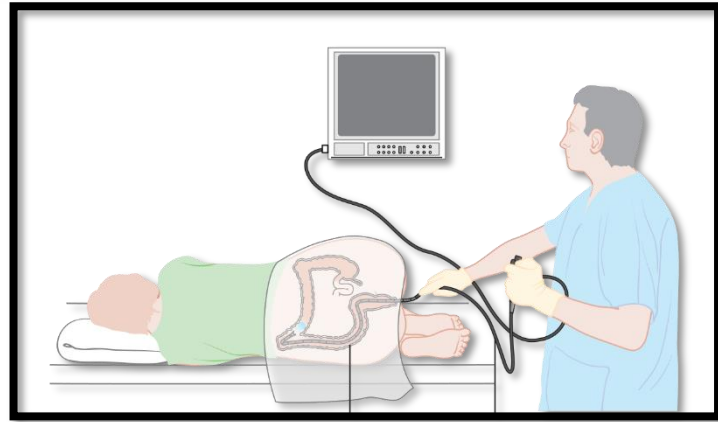
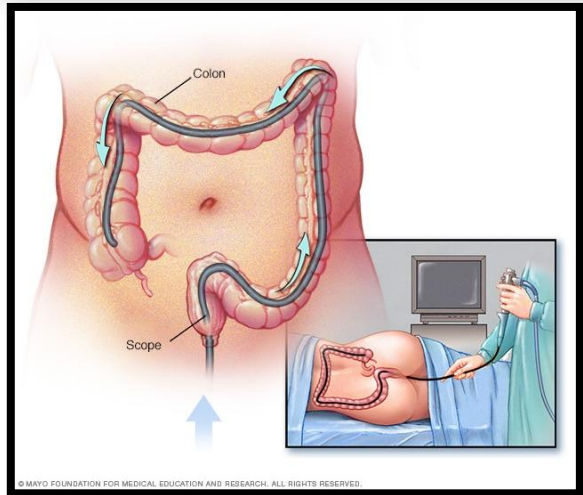
Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCP, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

**Se necesita entrenamiento formal de los
instructores para entrenar a los residentes**



En la práctica mucha variación en la forma de hacer los exámenes

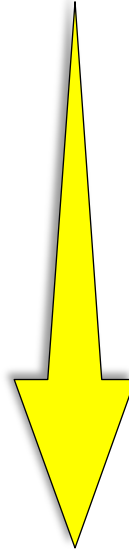
Endoscopistas expertos diferentes habilidades técnicas



Colonoscopia difícil



**No hay
Meta-análisis**



**No hay ensayos clínicos
Que comparen dos técnicas!!!!**

ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCP, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

IMPORTANCE OF DEVELOPING A CONSENSUS AMONG TRAINERS ABOUT HOW BEST TO TEACH ENDOSCOPY

Entrenar a otros médicos a realizar procedimientos endoscópicos



Arte especial

**Experiencia
Experticia**

**Dedicación
Paciencia**

**Astuto
Observador**

**Sicólogo
“aficionado”**

**Talento
Comunicación
Verbal**

**Hablar claro
durante ejecución**

**Destreza adquirida
“Conversación”
Anatomía, fisiopatología
indicaciones, conducta**

Lenguaje claro



Waschke KA, *Gastrontest Endosc* 2019;90:27-34

Hábitos

**Malos
Hábitos**



**Fáciles de adoptar
Vida difícil**

**Buenos
Hábitos**



**Difíciles de adoptar
Vida fácil**

**Primero hacemos los hábitos
Después los hábitos, nos hacen a nosotros**

ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCP, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

COMPETENCY-BASED ASSESSMENT OF ENDOSCOPY TRAINING

No números de procedimientos

ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCPC, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

IDEAL CONDITIONS FOR ENDOSCOPY TRAINING

ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCP, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

INCORPORATING SIMULATORS INTO ENDOSCOPY TEACHING

KEY PRINCIPLES OF TEACHING USING SIMULATORS

ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCPC, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

ENDOSCOPY SUPERVISOR VERSUS ENDOSCOPY TRAINER

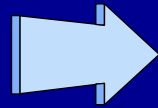
ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCP, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

EFFECTIVE FEEDBACK

**Enseñanza
de la endoscopia**



Retroalimentación

Evaluación



Retroalimentación "feedback"

TRAINING IN ENDOSCOPY

1052-51

PROVIDING FEEDBACK

Philip O. Katz, MD

Although we all acknowledge the importance of providing feedback to our fellows, residents, and colleagues, this key step in the training program is often omitted from our training program. When effective feedback is focused on directly observable skills and behaviors, performance improvement can occur. The following article discusses key components of formative feedback, as distinct from summative evaluation; discusses the barriers to providing effective feedback and makes specific suggestions for beginning the process of providing feedback to our trainees.

VIGNETTES

In late November, a junior faculty member informs you that one of the first-year fellows is not performing well. His endoscopy reports are poorly written with insufficient detail, his diagnosis is vague, often incomplete, and his recommendations are frequently late for rounds and procedures and has weak endoscopy skills. You express surprise that this is the first you've heard of it. At a meeting with the fellow, inform him that "his reports are poor" and that you understand "he is late for rounds and has weak endoscopy skills." The fellow is surprised (this is the first you've heard of this) and wants more specific details. You unfortunately only have two sketchy evaluation forms and cannot provide them. The fellow feels that only a few reports were not up to speed,

From the Department of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, Maryland

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY CLINICS OF NORTH AMERICA

VOLUME 5 • NUMBER 2 • APRIL 1995



1Sc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
Petersen, MD, FASGE,⁷
mittee

DOWNLOAD PREVIEW



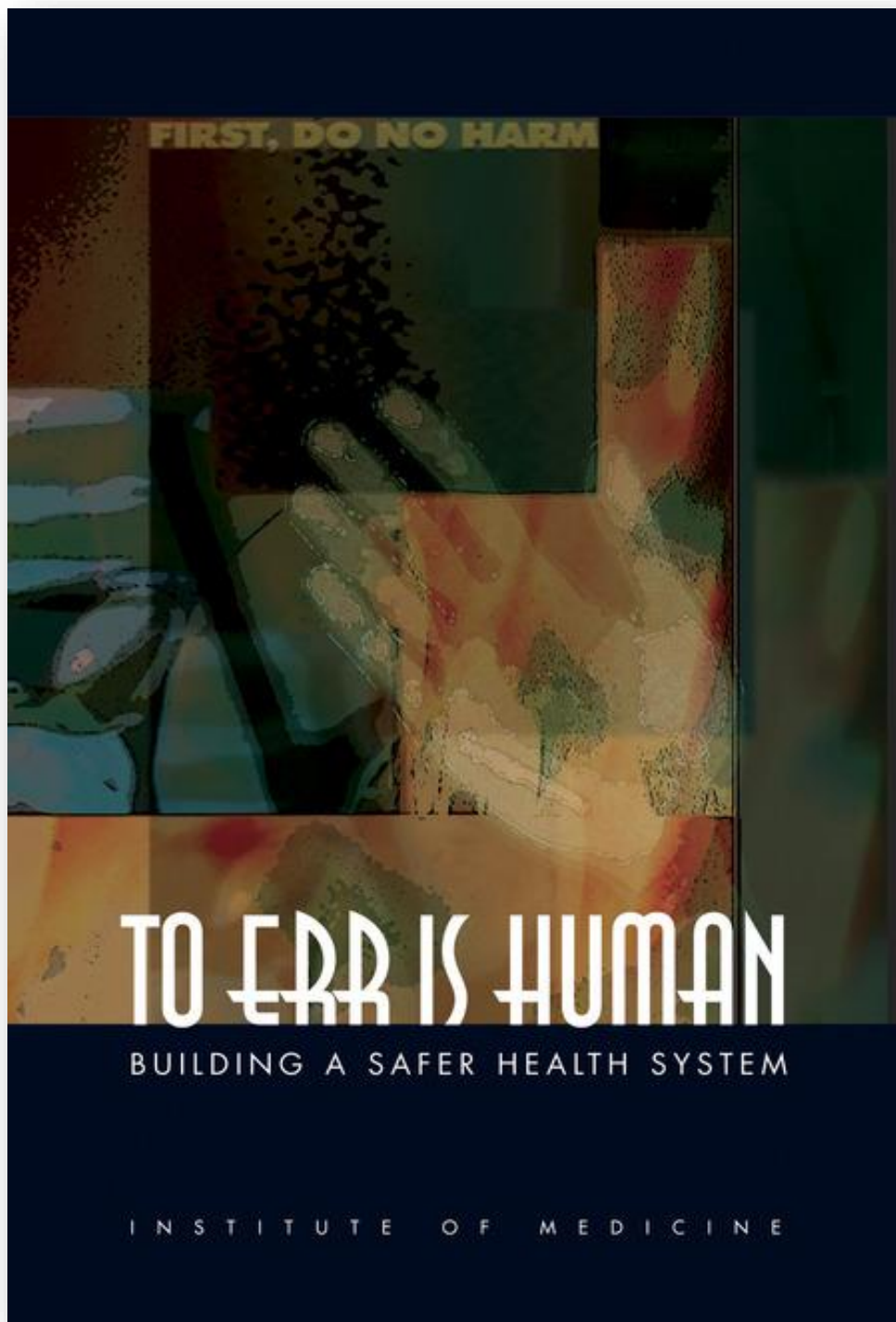
Rolando...
James A. DiSario,
Jonathan Cohen, MD, FASGE

Gastrointest Endosc 2019;90:27-34

Gastrointest Endosc Clin N Am

Retroalimentación (“feedback”)





1999

TO ERR IS HUMAN

Building a Safer Health System

**Identificar y entender el error
se puede mejorar
Inteligente!**

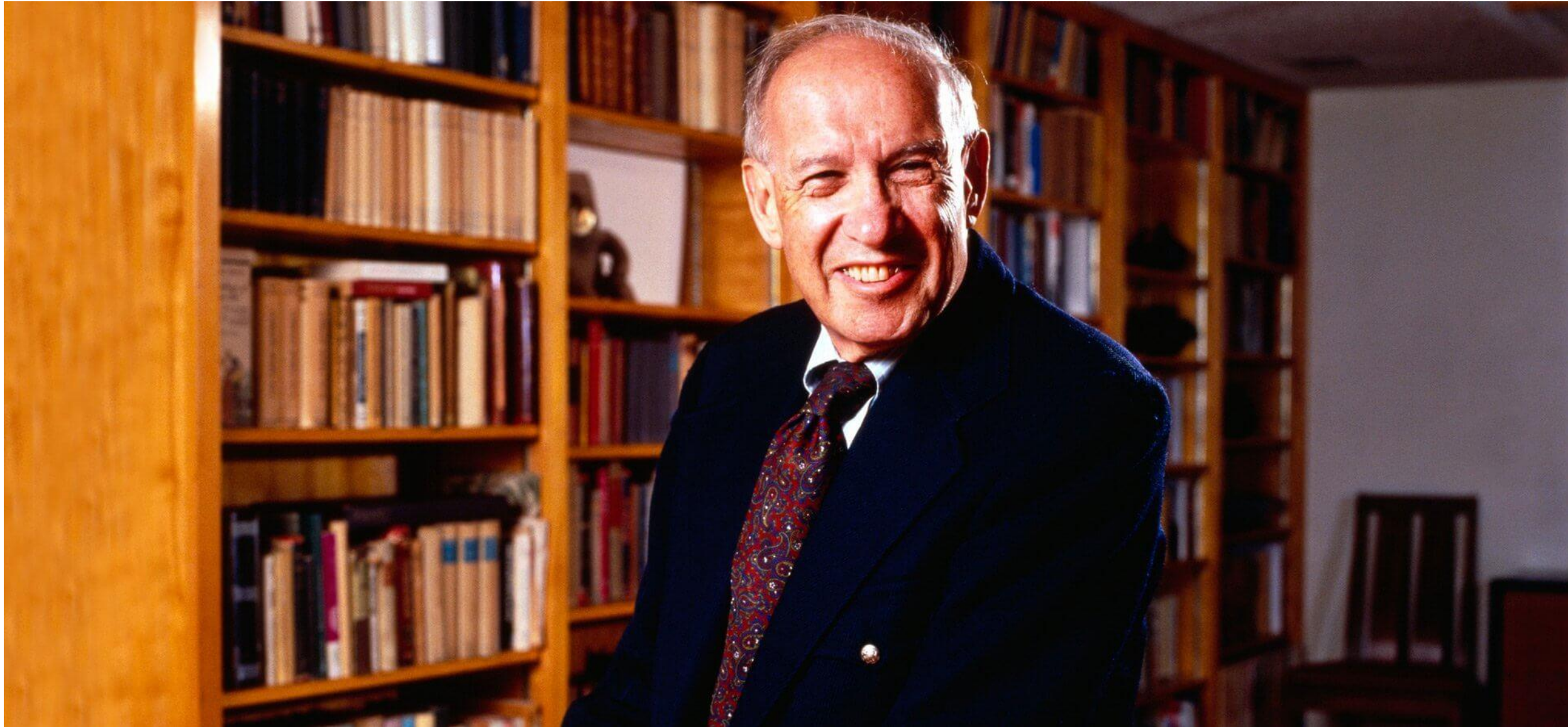
Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and
Molla S. Donaldson, *Editors*

Committee on Quality of Health Care in America

INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C.

Peter Drucker “El padre de la administración” (Viena 1909-2005)



“Si no lo puedes medir, no lo puedes mejorar”

Atributos del buen mentor

**Adaptar la enseñanza
a cada estudiante**

Waschke KA, Gastrontest Endosc 2019;90:27-34



ASGE principles of endoscopic training



Kevin A. Waschke, MD, CM, FRCPC, FASGE,^{1,*} John Anderson, MD,²
Roland M. Valori, MD, FRCP, MSc (Oxon),² Donald G. MacIntosh, MD, MSc, FRCPC,³ Joseph C. Kolars, MD,⁴
James A. DiSario, MD, FASGE,⁵ Douglas O. Faigel, MD, FASGE,⁶ Bret T. Petersen, MD, FASGE,⁷
Jonathan Cohen, MD, FASGE,^{8,*} Chair of 2017-18 ASGE Training Committee

DEVELOPING SKILL AS AN ENDOSCOPY TRAINER: THE IMPORTANCE OF CONSCIOUS COMPETENCE AND THE ABILITY TO DECONSTRUCT TASKS INTO DISCRETE STEPS

Biblioteca

HOWARD GARDNER



La inteligencia reformulada

Las inteligencias múltiples en el siglo XXI

Ciclos del aprendizaje

OMGE, TTT, Brazil 2011

Experto

Competencia
inconsciente

Incompetencia
Inconsciente

Competencia
Consciente

Incompetente
Consciente

Aprendiz

Peyton JWR. Peyton JWR. The learning cycle. In: Peyton JWR, editor. Teaching and learning in medical practice. Rickmansworth, UK: Manticore Europe Limited; 1998. p. 13-9.

“Durante la inserción, los expertos en colonoscopia hacen muchas cosas Inconscientemente pero no pueden explicarlas”

Rex DK, Am J Gastroenterol 2012;107:1467-72

**Competentes
Inconscientes!**

Abordaje de 4 pasos de Peyton

Demostración:



El instructor demuestra la habilidad en su forma normal, sin ningún comentario

Deconstrucción



El profesor repite el procedimiento, esta vez describiendo todos los sub-pasos necesarios

Comprensión



El estudiante tiene que explicar cada sub-paso mientras el instructor sigue las instrucciones del alumno

**Desempeño
Rendimiento**



El estudiante realiza la habilidad completa él mismo mientras realiza el procedimiento



Karate kid



**Endoscopia Alta
Técnica básica**

**Endoscopia Alta
Pos cirugía**

**Colonoscopia
Técnica básica**

**Calidad en Endoscopia
digestiva superior**

**Colonoscopia
Difícil**

CPRE: técnica básica

CPRE: difícil

**Colonoscopia
Indicadores calidad**

**Examen ano-rectal
Aspectos básicos**

Quality indicators in diagnostic upper gastrointestinal endoscopy

The Adv Gastroenterol

2020, Vol. 13: 1–19

DOI: 10.1177/
1756284820916693

© The Author(s), 2020.
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-



Quality standards in upper gastrointestinal endoscopy: a position statement of the British Society of Gastroenterology (BSG) and Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland (AUGIS)

Sabina Beg,¹ Krish Ragunath,¹ Andrew Wyman,² Matthew Banks,³ Nigel Trudgill,⁴ Mark D Pritchard,⁵ Stuart Riley,⁶ John Anderson,⁷ Helen Griffiths,⁸ Pradeep Bhandari,⁹ Phillip Kaye,¹⁰ Andrew Veitch¹¹

Beg S, et al. Gut 2017;66:1886–99

Wladyslaw Januszewicz and Michal F. Kaminski

Guidelines



An Asian consensus on standards of diagnostic upper endoscopy for neoplasia

Philip Wai Yan Chiu,¹ Noriya Uedo,² Rajvinder Singh,³ Takuji Gotoda,⁴ Enders Kwok Wai Ng,¹ Kenshi Yao,⁵ Tiing Leong Ang,⁶ Shiao Hooi Ho,⁷ Daisuke Kikuchi,⁸ Fang Yao,⁹ Rapat Pittayanon,¹⁰ Kenichi Goda,¹¹ James Y W Lau,¹ Hisao Tajiri,¹² Haruhiro Inoue¹³

Chiu PWY, et al. Gut 2019;68:186–197



QUALITY INDICATORS FOR GI ENDOSCOPIC PROCEDURES



Quality indicators for EGD

GIE 2015;81:17-30

REVIEW

Clin Endosc 2016;49:312-317
<http://dx.doi.org/10.5946/ce.2016.084>
Print ISSN 2234-2400 • On-line ISSN 2234-2443



Open Access

How to Improve the Quality of Screening Endoscopy in Korea: National Endoscopy Quality Improvement Program

Yu Kyung Cho

Review Article



UNITED EUROPEAN GASTROENTEROLOGY
ueg journal

Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy quality improvement initiative

Raf Bisschops¹, Miguel Areia^{2,3}, Emmanuel Coron⁴, Daniela Dobru⁵, Bernd Kaskas⁶, Roman Kuvaev⁷, Oliver Pech⁸, Krish Ragunath⁹, Bas Weusten¹⁰, Pietro Familiari¹¹, Dirk Domagk¹², Roland Valori¹³, Michal F Kaminski^{14,15}, Cristiano Spada¹¹, Michael Bretthauer^{14,16}, Cathy Bennett¹⁷, Carlo Senore¹⁸, Mário Dinis-Ribeiro^{3,19} and Matthew D Rutter^{20,21}

United European Gastroenterology Journal
2016, Vol. 4(5) 629–656
This article is published simultaneously in the journals *Endoscopy* and the *United European Gastroenterology Journal*.
Copyright 2016 © Georg Thieme Verlag KG and © by the United European Gastroenterology
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2050640616664843
ueg.sagepub.com



Developing Quality Metrics For Upper Endoscopy

Intense interest in health care quality has been raised worldwide after the Institute of Medicine published a book entitled *To Err Is Human*, which brought to light the

Sharma P, Gastroenterology 2020;158:9–13





QUALITY INDICATORS FOR GI ENDOSCOPIC PROCEDURES



Quality indicators for EGD

22 Ítem

45 posibles indicadores

Indicadores de calidad en EVDA

Pre-procedimiento

Intra-procedimiento

Post-procedimiento

ASGE, ESGE

Endoscopia digestiva alta

Evaluar siempre

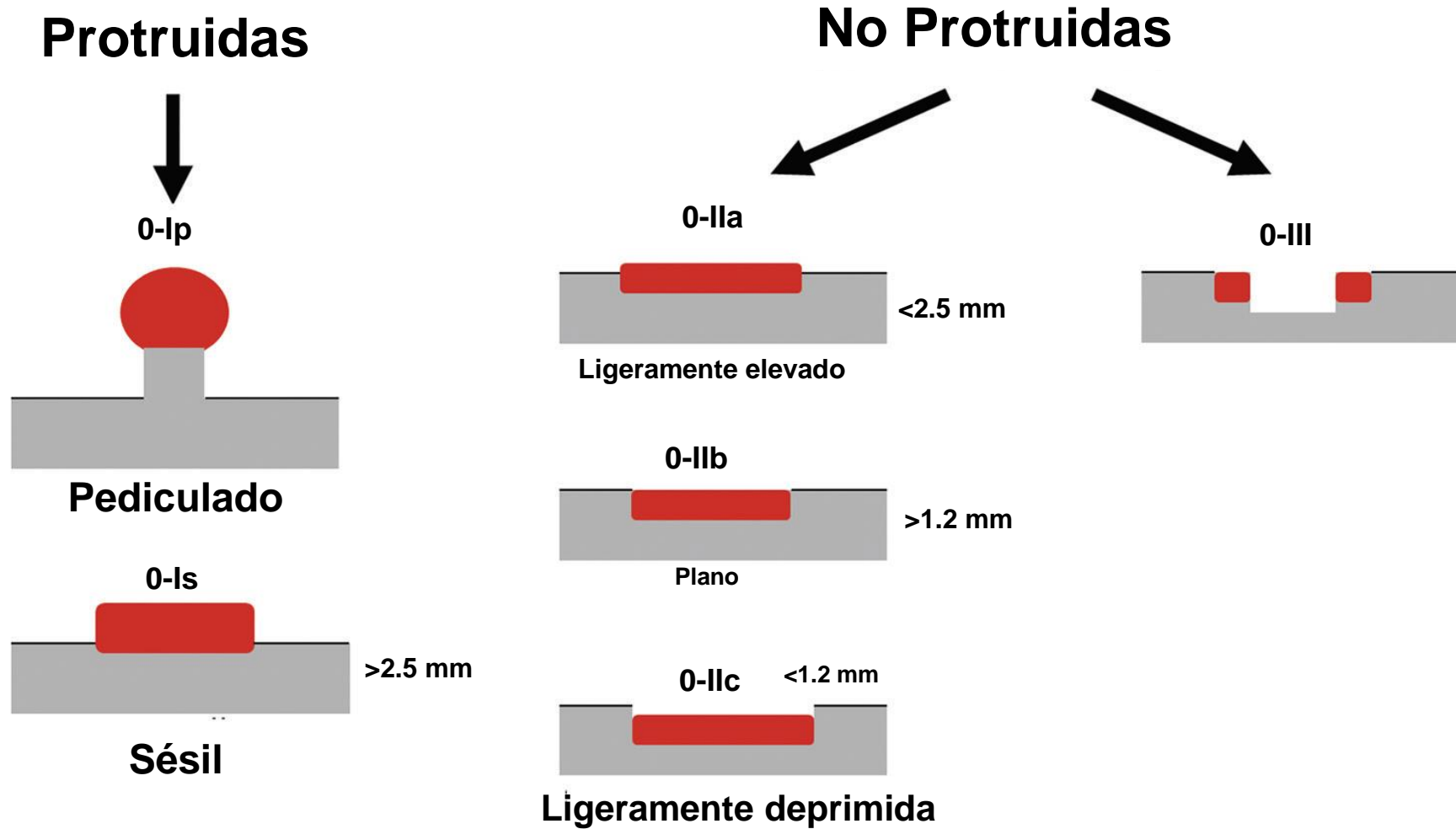
**Todas las marcas
Anatómicas relevantes**

**Todas las Estaciones
alto riesgo**

Beg S, Gut 2017;66:1886-99

Clasificaciones estandarizadas

Alteraciones morfológicas



Abordaje de 4 pasos de Peyton

Demostración:



El instructor demuestra la habilidad en su forma normal, sin ningún comentario

Deconstrucción



El profesor repite el procedimiento, esta vez describiendo todos los sub-pasos necesarios

Comprensión

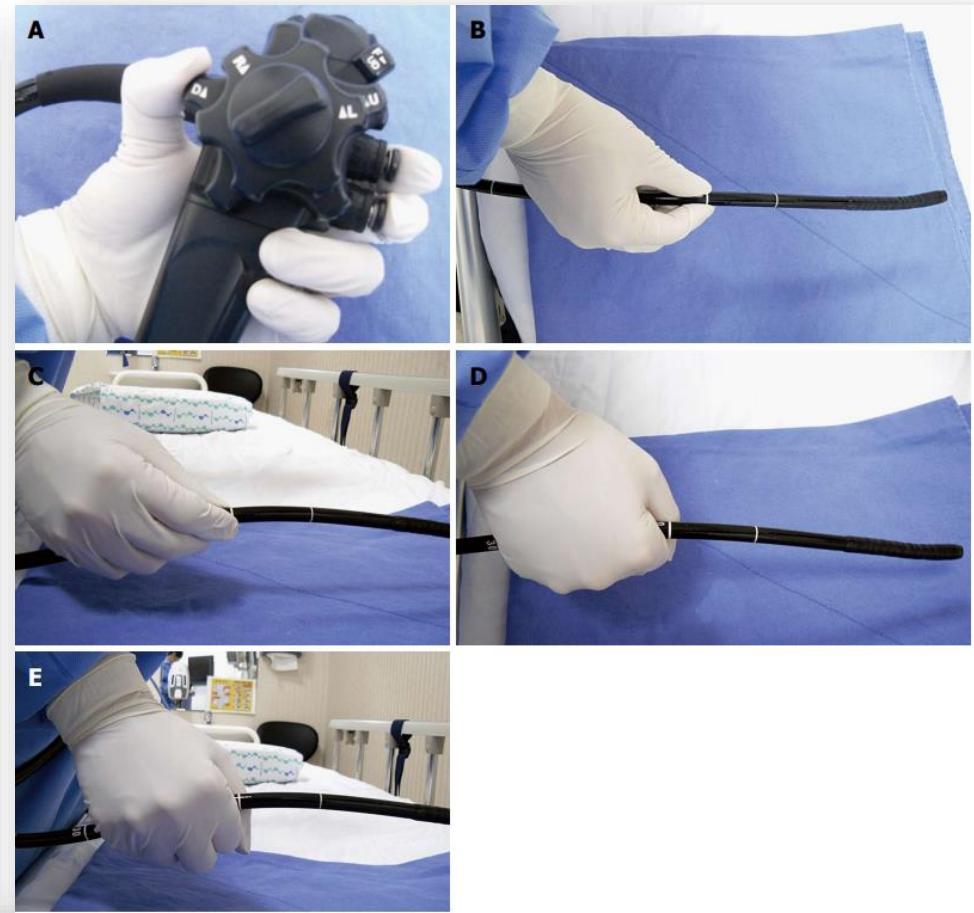


El estudiante tiene que explicar cada sub-paso mientras el instructor sigue las instrucciones del alumno

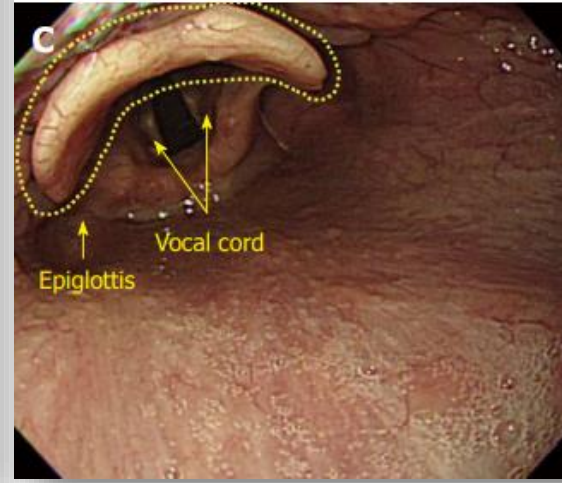
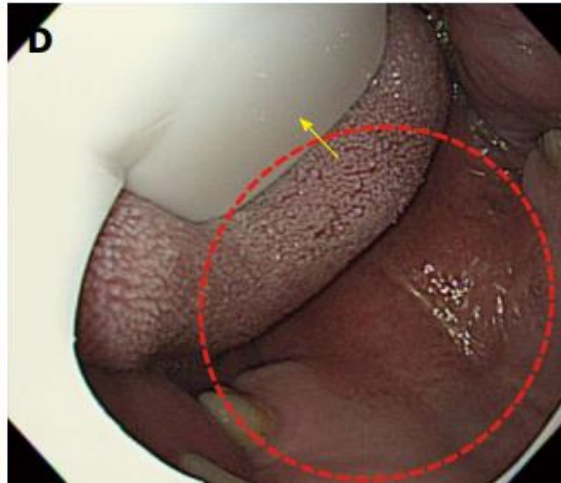
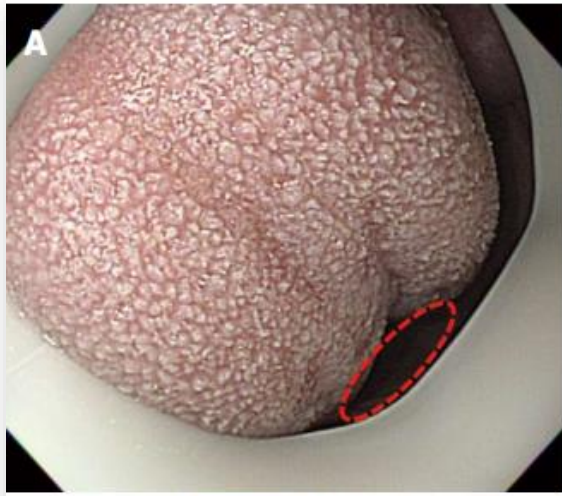
**Desempeño
Rendimiento**

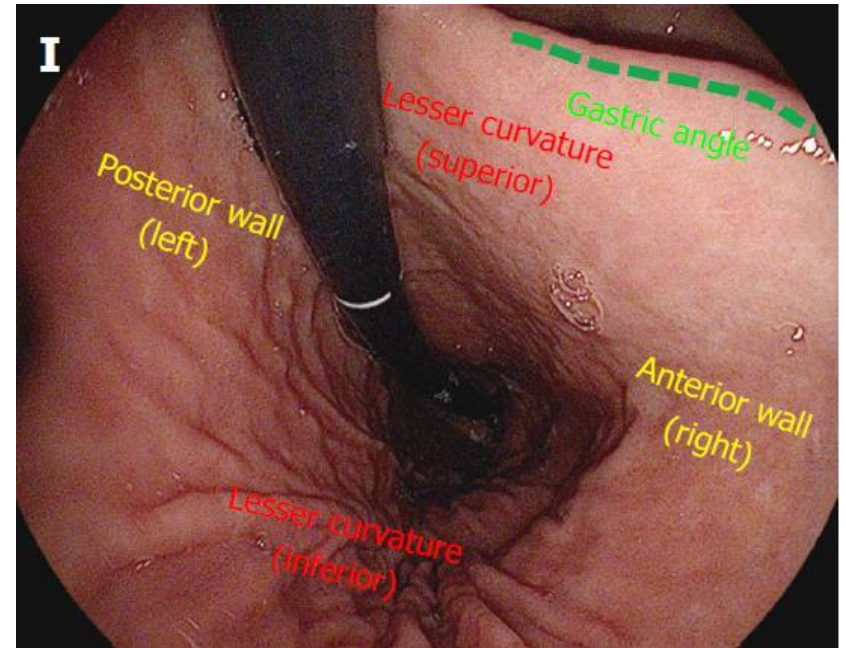
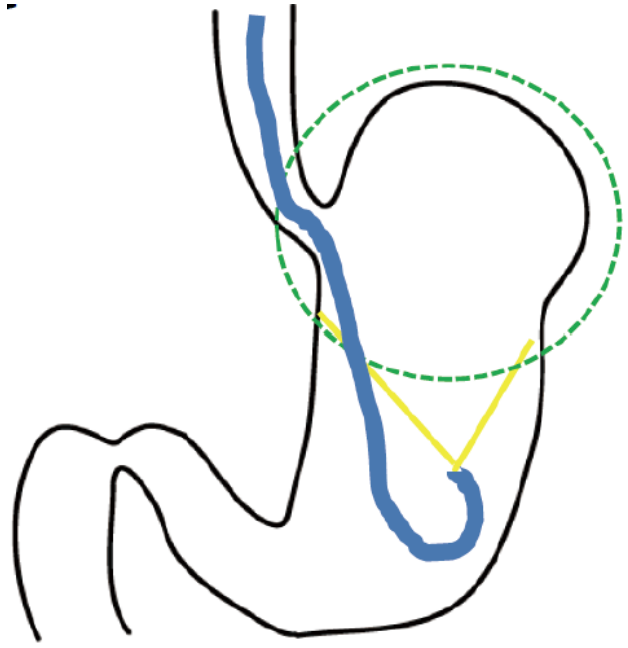
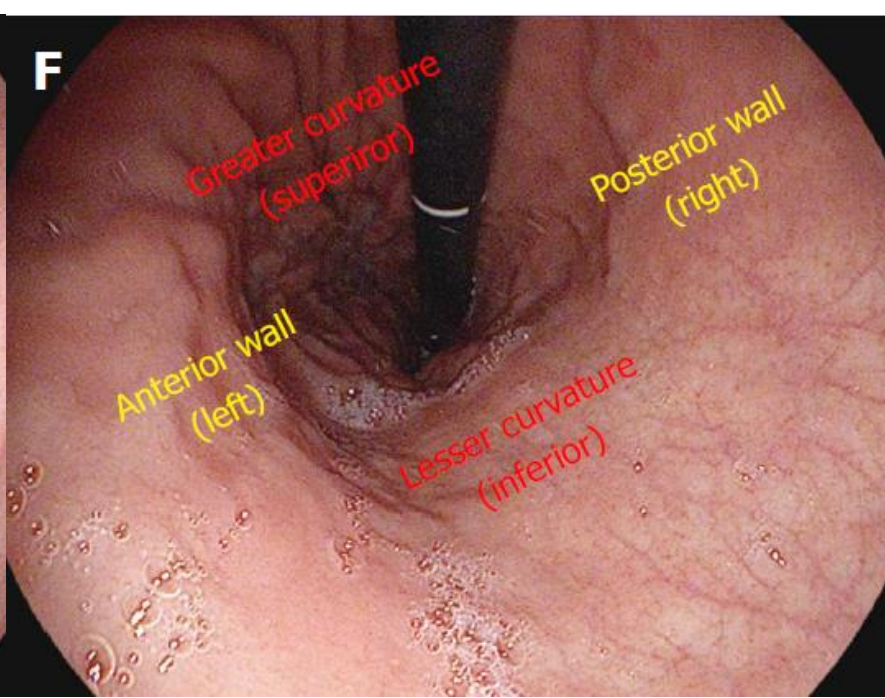
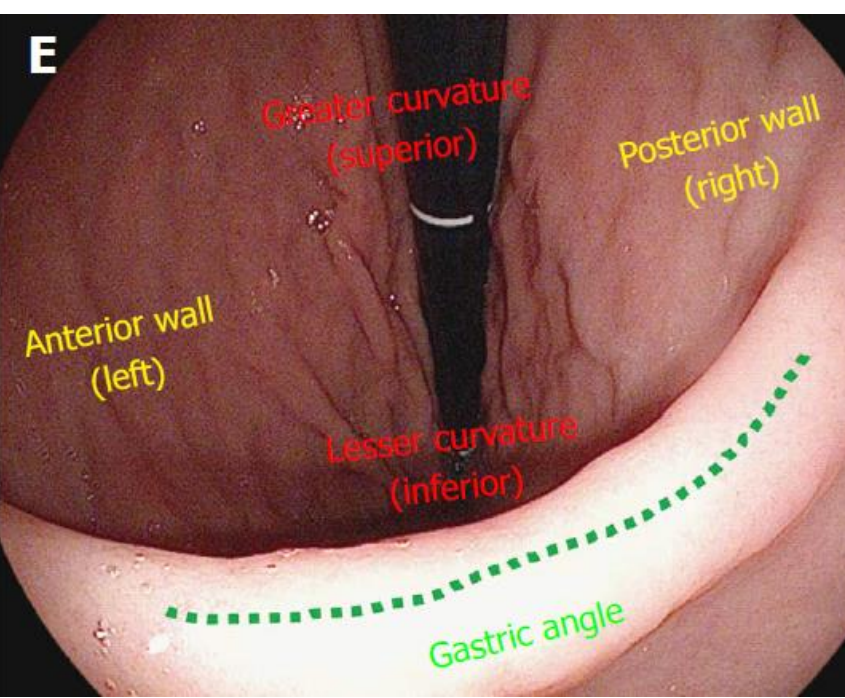
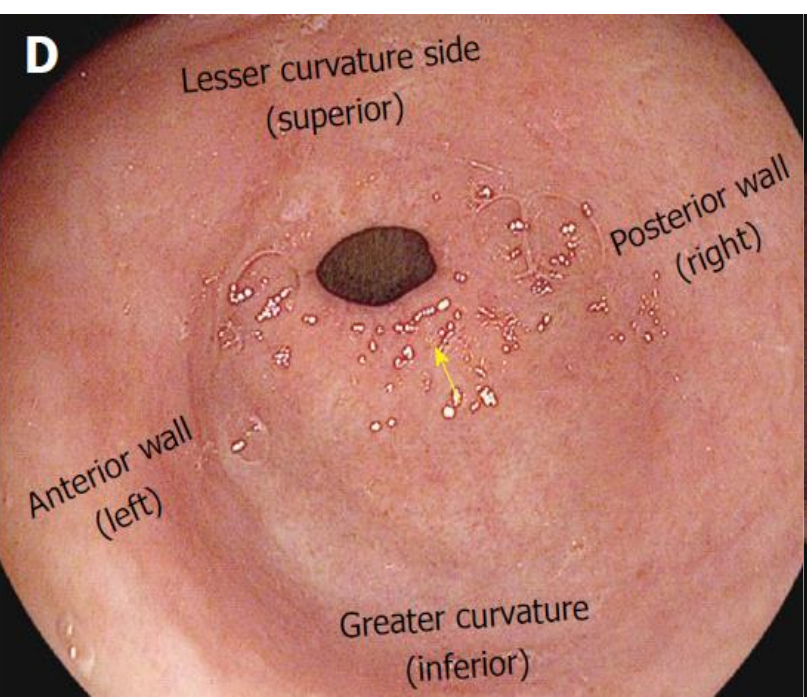


El estudiante realiza la habilidad completa él mismo mientras realiza el procedimiento



Lee SH, World J Gastroenterol 2015; 21:759-85





Standardization of Endoscopy Reporting: Déjà Vu All Over Again?

LOUIS Y. KORMAN

Metropolitan Gastroenterology Group, Chevy Chase, Maryland



Roadmap to the **FUTURE** of **PRACTICE**

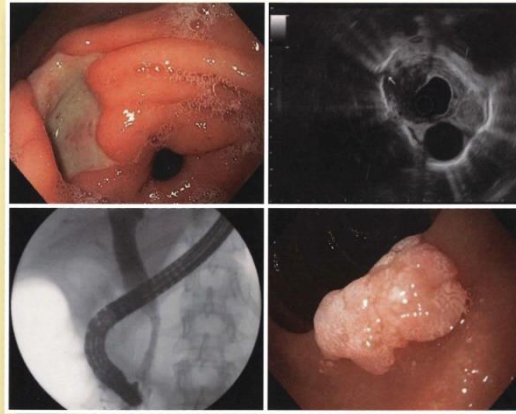
This month's article for "Practice Management: The Road Ahead" concerns a problem that has plagued gastroenterology since the endoscope was invented: how to record endoscopic findings in a manner that is understood by everyone involved in a patient's care. By everyone, I mean the endoscopist, pathologist, referring physician, coding and billing personnel, epidemiologist, researcher, and health policy analyst. Dr Korman is an expert on this subject, having been involved in an attempt to develop the "Minimum Standard Terminology" for endoscopy a decade ago. As he clearly articulates, the importance of defining a universal

vals after polyp removal. In spite of the availability of easy-to-use drop-down menus, we encountered free text entries such as, "if adenoma bring back in 5 years, if hyperplastic 10 years and schedule only with Dr X using MAC." Obviously, if one wants to demonstrate and improve the value of gastroenterology care, it is imperative that the language we use can be systematically coded. We must strike a balance between the use of natural language and controlled vocabulary.

Effective implementation of health reform and current financial constraints require that we protect and allocate increasingly limited resources to maintain a sustainable care/business model for gastroenterology. Defining, implementing, and supporting information technology that captures clinical information in a standardized form by using a controlled vocabulary will facilitate retrospective outcomes analysis and achieve the goal of demonstrating value. The absence of standardized data restricts analysis of care patterns and increases the administrative and cost burden

ENDOSCOPIA DIGESTIVA:

Terminología con Definiciones
y Clasificaciones de Diagnóstico y Terapéutica
y "Reporte Endoscópico Estandarizado"



6ª Edición ampliada

Jerome D. Wayne – Zdenek Mařatka – José Ramón Armengol Miró
Revisión Español Eduardo Segal

**NORMED
VERLAG**  International
Medical
Publishers

 **WEO**
World Endoscopy
Organization

ENDOSCOPIA DIGESTIVA:

Terminología con Definiciones
y Clasificaciones de Diagnóstico y Terapéutica
y "Reporte Endoscópico Estandarizado"

6ª Edición ampliada

NOMBRE:	MMMMMMMMM
EDAD:	30 AÑOS
IDENTIFICACIÓN:	1019072684
TELEFONO:	MMMMMMMM M
OCUPACIÓN:	INGENIERO INDUSTRIAL
EMPRESA:	MMMMMMMMMMMM
REMISIÓN:	CONSULTA EXTERNA
FECHA:	12 MARZO 2022
PROCEDIMIENTO:	COLONOSCOPIA TOTAL
INDICACIÓN:	VIGILANCIA DE COLITIS ULCERATIVA DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN
MEDICO SOLICITANTE:	GASTROENTEROLOGO
LOCALIDAD:	CHAPINERO
CORREO ELECTRONICO:	MMMMMMMMMMMM
CALIDAD DE LA PREPARACION:	BOSTON 9/9 (C13-CT3-CD3)
PUNTAJE DE BURBUJAS:	3-3-3
TIEMPO DE LLEGADA AL CIEGO:	4 MINUTOS
TIEMPO DE RETIRADA:	9 MINUTOS

Previo al examen se realizó encuesta epidemiológica y al ingreso del consultorio sobre síntomas de COVID-19. Se realiza lavado de manos según recomendaciones de la OMS, y se hace uso de los EPP).

Previo consentimiento informado con la respectiva información de cuestionario Covid-19 y siguiendo las recomendaciones de seguridad para mitigar el contagio de Covid 19, se procede a realizar el examen endoscópico, bajo sedación conducida por la Dra. Herrera, con los siguientes Hallazgos:

INSPECCIÓN: normal.
TACTO RECTAL: normal.
ANO RECTO: normal.
SIGMOIDES: Hay múltiples cicatrices blanquecinas.
COLON DESCENDENTE: CICATRICES blanquecinas
COLON TRANSVERSO: normal.
COLON ASCENDENTE: normal.
CIEGO: normal.
ILEON DISTAL: normal.

Como parte de la vigilancia de colitis ulcerativa se toman biopsias así: ciego y colon ascendente frasco 1, colon transverso frasco 2, colon descendente, sigmoides y recto frasco 3.

DIAGNOSTICO:

- HEMORROIDES INTERNAS GRADO I
- COLITIS ULCERATIVA EN REMISIÓN ENDOSCÓPICA MAYO 0

Señor usuario.

Estas son las recomendaciones que usted debe tener en cuenta las próximas 24 horas después de haberse realizado un examen de COLONOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA:

- Seguir las recomendaciones del médico de continuar eliminando flatos "gases" hasta sentir alivio de la distensión abdominal.
- 30 minutos después del procedimiento debe iniciar dieta normal.
- Si en las próximas 72 horas presenta alguno de estos síntomas: diarrea con moco y sangre, dolor abdominal intenso o sangrado rectal debe dirigirse al servicio de urgencias más cercano y en la posición llevar el resultado endoscópico.
- Llamar al servicio de gastroenterología para informar a los teléfonos 8088945.

Recomendación post venopunción:

- Inmediatamente después del retiro del catéter debe hacerse presión constante por 5 minutos.
- Si después de 5 minutos presenta sangrado en el sitio de la venopunción debe continuar con presión constante y elevar la extremidad (brazo).
- Si después de 6 horas presenta dolor, inflamación y enrojecimiento en el sitio de la venopunción, debe ponerse un paño limpio y humedecido en agua tibia, sobre la zona afectada.

Recomendación pos-sedación.

- El día de hoy no puede conducir y no debe realizar trabajos que requieran concentración. No tomar alcohol. No consumir sedantes

Control: llevar los resultados de su examen a su médico tratante.

Resultado de patología: su resultado de patología llegará a su correo electrónico, si no llega en 8 días, por favor solicitarlo a unidadgastro123@hotmail.com o comunicarse al teléfono: 3505210870

FARINGE: Se explora cuidadosamente faringe e hipofaringe sin evidencia de cuerpo extraño.

ESOFAGO: Calibre normal, mucosa sana hasta tercio distal. Unión esófago-gástrica: Línea Z a 38 cms de las arcadas dentarias con hiato al mismo nivel.

ESTOMAGO: Explorado hasta píloro incluyendo retrovisión para pequeña curva y fondo gástrico con unión gastroesofágica tipo I de la clasificación de Hill. Paredes elásticas, lago gástrico mucoso claro. La mucosa de fondo y cuerpo es normal. La mucosa de antro muestra signos de inflamación de aspecto erosivo, hacia curvatura menor se observó úlcera de aprox. 5mm de diámetro cubierta por fibrina. Se toman bx.

PILORO: Central y permeable.

DUODENO: Explorado hasta segunda porción normal.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:

- 1-. GASTROPATIA ANTRAL EROSIVA
- 2-. ULCERA ANTRAL FORREST III
- 3-. NO SE OBSERVÓ CUERPO EXTRAÑO

BIOPSIA: FcoNo1: úlcera antral.

Se recomienda manejo sintomático con Strepisils cada 8 horas por 3 días e ingesta de abundantes líquidos fríos. En caso de persistir con dolor intenso, vómito, fiebre o sangrado, por favor acudir por urgencias de su EPS.

**OLGA ?
5 biopsias**

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Rotulado "ulcera antral" Se reciben 3 fragmentos de tejido irregular que miden el mayor de 0.5x0.3 cm y el menor de 0.3x0.2 cm. Se procesa todo.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Los cortes muestran mucosa gástrica antral con moderado infiltrado crónico de linfocitos, sin actividad, con metaplasia intestinal incompleta en el 50%, no hay presencia de bacilos tipo Helicobacter Pylori, sin displasia,

DIAGNOSTICO:

ULCERA ANTRAL, BIOPSIA

- GASTRITIS CRÓNICA ANTRAL ATRÓFICA MODERADA SIN ACTIVIDAD, CON METAPLASIA INTESTINAL INCOMPLETA EN EL 50% SIN DISPLASIA
- HELICOBACTER PYLORI NO EVIDENTE.
- SCORE 3
- OLGA 3
- CAMBIOS EPITELIALES REPARATIVOS ASOCIADOS A ULCERA.

H.pylori ?

**Formación en
endoscopia digestiva**

**Búsquedas en
Internet**

MBE

**Diseños en
investigación**

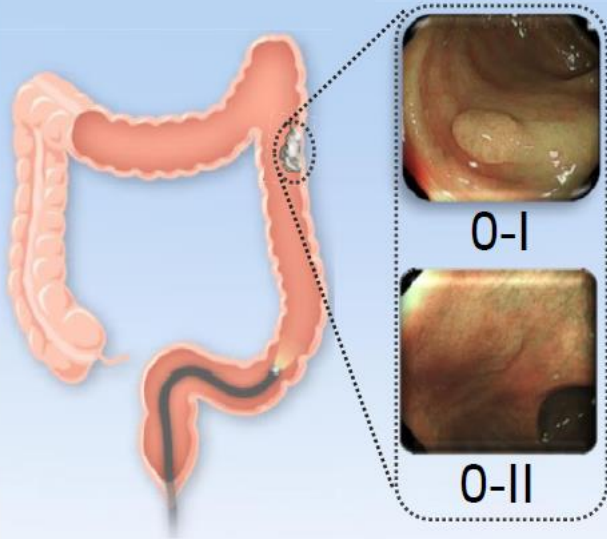
**Cómo escribir
Un artículo**

**Club de revistas
Cómo hacerlo!**

A Comparison of Incomplete Resection Rate of Large and Small Colorectal Polyps by Cold Snare Polypectomy

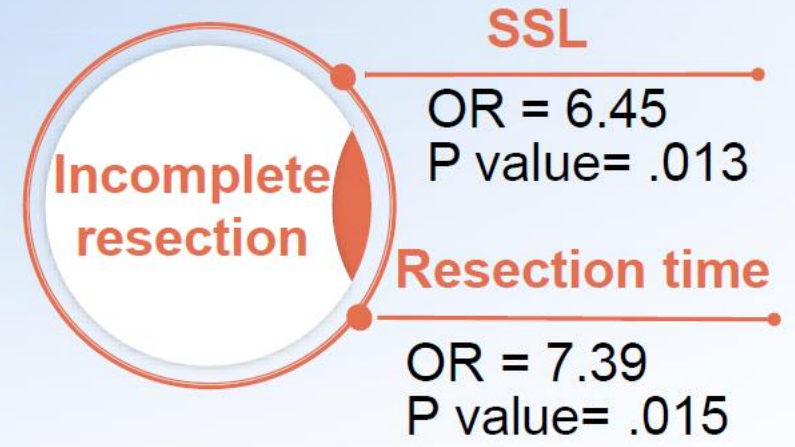
Xianzong Ma,^{*,‡,a} Xiutang Feng,^{*,§,a} Yangjie Li,^{*,§,a} Yongqiang Du,^{||}
Jiheng Wang,^{*,§,¶} Yanmei Wu,[#] Hua Jin,^{**} Xiaoli Xie,^{**} Xin Wang,^{*} Peng Jin,^{*,¶}
Lang Yang,^{*,¶} Haihong Wang,^{*} Joseph Leung,^{‡‡} Jianqiu Sheng,^{*,‡,¶} and
Yuqi He^{*,§,#}

440 polyps (**5-15 mm**) were removed
by **CSP** from 261 patients







5-9 mm (n=353)	Vs.	10-15 mm (n=87)
Incomplete resection rate		
1.98%		3.45%
P value = .417		

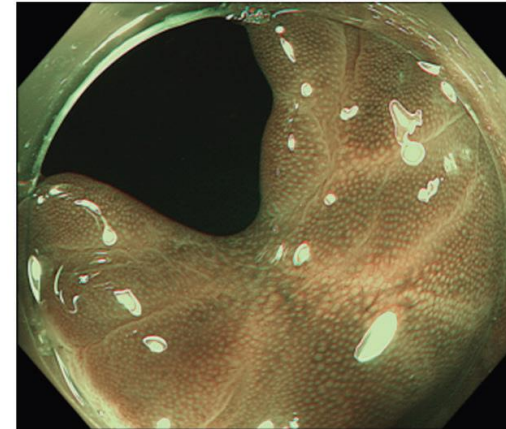
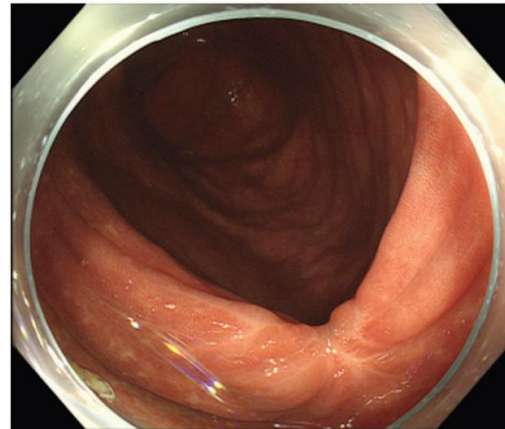
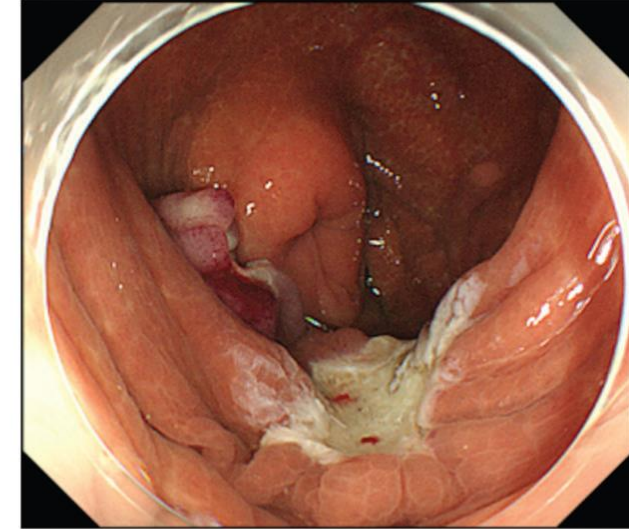
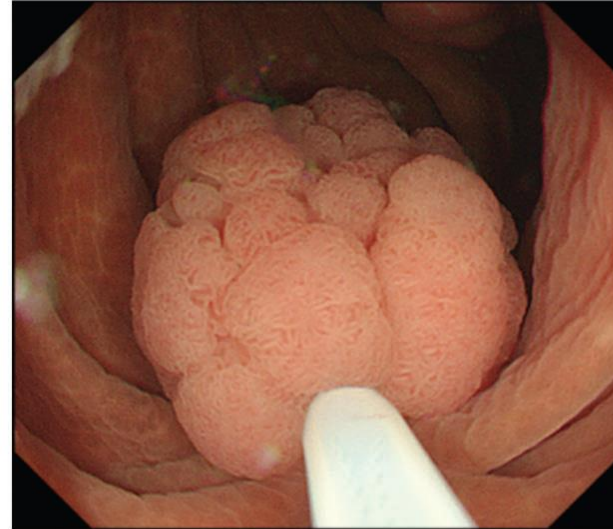
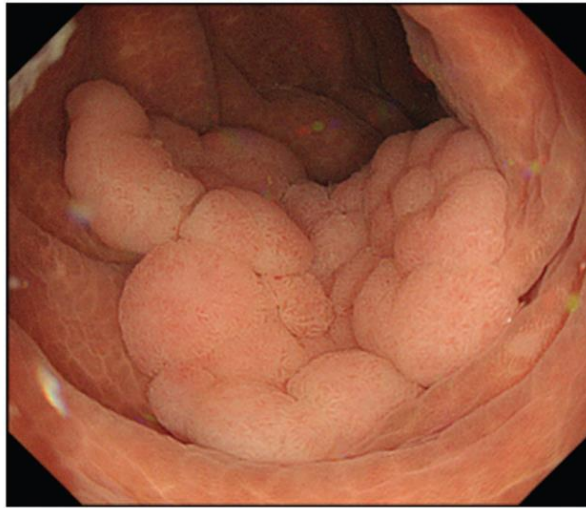
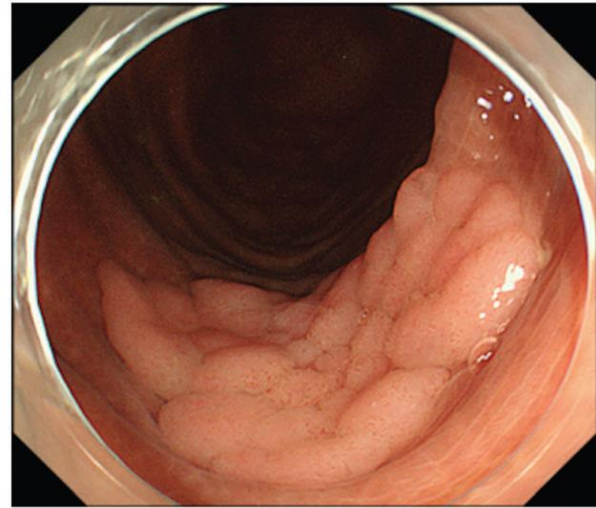
Independent risk factors for
incomplete resection (GEE analysis)

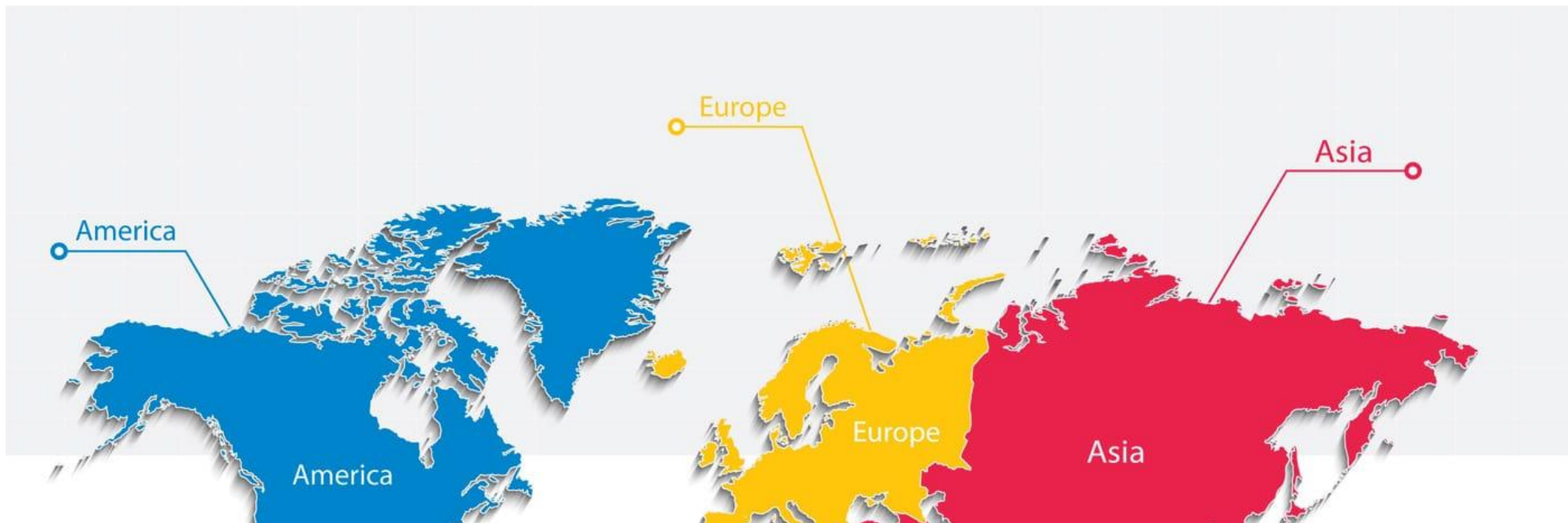


Clinical Gastroenterology
and Hepatology

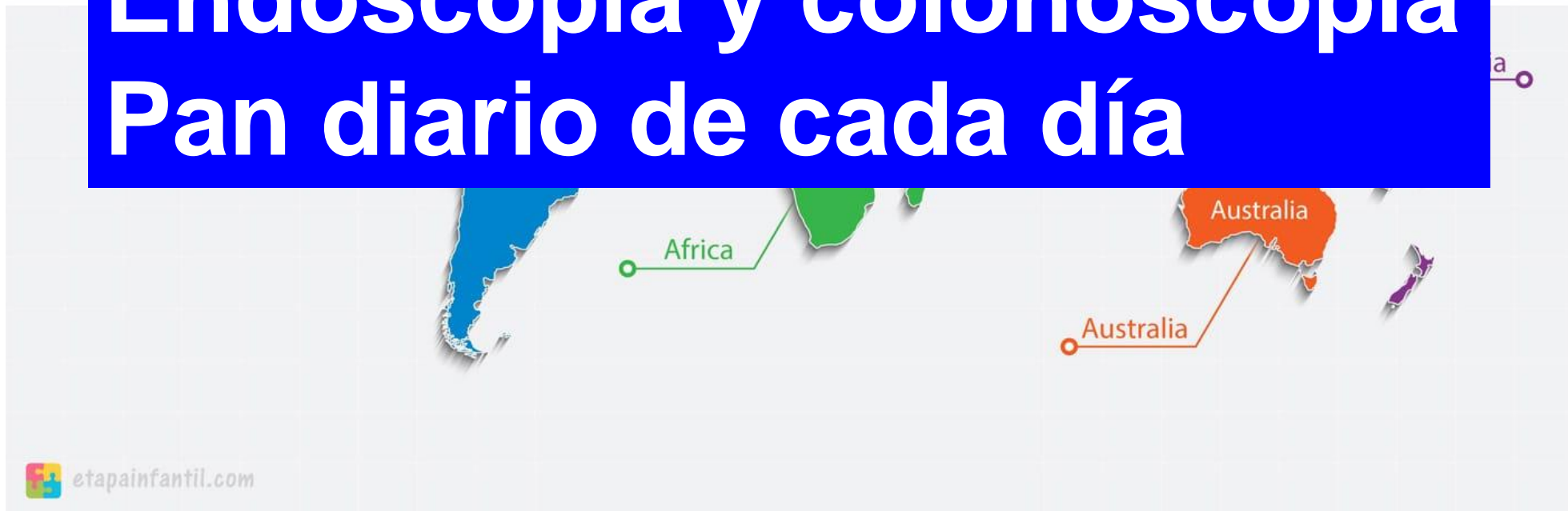
Underwater endoscopic mucosal resection *versus* endoscopic submucosal dissection for 20–30 mm colorectal polyps

Takahiro Inoue,*  Kentaro Nakagawa,* Yasushi Yamasaki,*[†]  Satoki Shichijo,* Takashi Kanesaka,* Akira Maekawa,* Koji Higashino,* Noriya Uedo,*  Ryu Ishihara* and Yoji Takeuchi* 





Endoscopia y colonoscopia Pan diario de cada día



**Inventa
Endoscopio**

**Inventar
Una tècnica**

**Cirurgía
Endoscópica**

ESD etc

Colangioscopia

CPRE USE

Polipectomias

Endoscopia alta Colonoscopia

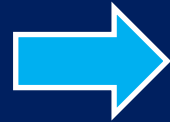
Avances tecnológicos



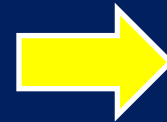
Nuevas preguntas problemas

Énfasis

**Capacidad
Técnica**



**Beneficio
demostrado**



**Morbilidad
Mortalidad
Calidad vida
Costos**



**Necesidad
Nuevos datos**

Diagnóstico endoscópico ayudado por el computador

Impact of Artificial Intelligence on Miss Rate of Colorectal Neoplasia



Michael B. Wallace,^{1,2} Prateek Sharma,³ Pradeep Bhandari,⁴ James East,⁵ Giulio Antonelli,^{6,7,8} Roberto Lorenzetti,⁶ Micheal Vieth,⁹ Ilaria Speranza,¹⁰ Marco Spadaccini,⁶ Madhav Desai,⁴ Frank J. Lukens,¹ Genci Babameto,¹¹ Daisy Batista,¹¹ Davinder Singh,¹¹ William Palmer,¹ Francisco Ramirez,¹² Rebecca Palmer,⁵ Tisha Lunsford,¹² Kevin Ruff,¹² Elizabeth Bird-Liebermann,⁵ Victor Ciofoaia,¹¹ Sophie Arndtz,⁴ David Cangemi,¹ Kirsty Puddick,⁴ Gregory Derfus,¹³ Amitpal S. Johal,¹⁴ Mohammed Barawi,¹⁵ Luigi Longo,¹⁶ Luigi Moro,¹⁶ Alessandro Repici,^{17,18} and Cesare Hassan^{17,18}

Wallace MB, *Gastroenterology* 2022;163:295–304

Tasa de pérdida de adenomas

Table 2. AMR Overall and by Subgroup: FAS Population

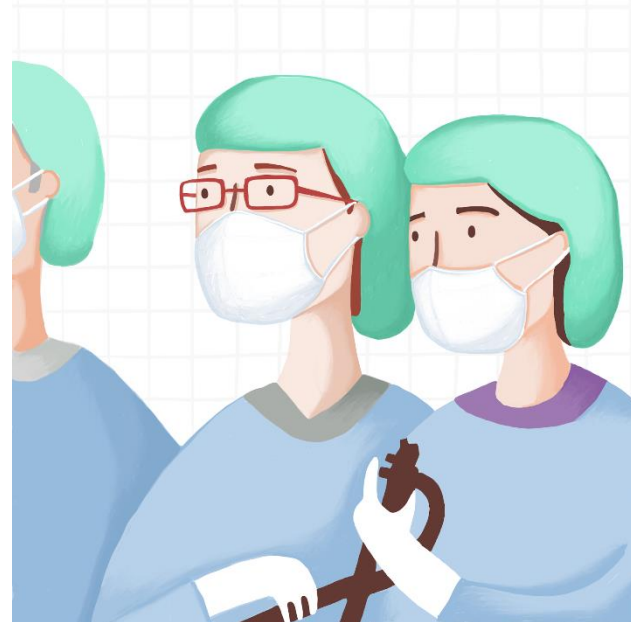
	AI first (n = 116)	Standard colonoscopy first (n = 114)	P value ^a	OR [95% CI]
Overall n/N' (%)	38/246 (15.45)	80/247 (32.39)	<.001	0.38 [0.25–0.59]
Size, mm				
≤5	29/183 (15.85)	69/193 (35.75)	<.001	0.34 [0.21–0.55]
≥6 and <10	6/29 (20.69)	8/35 (22.86)	.835	0.88 [0.27–2.91]
<10	35/212 (16.51)	77/228 (33.77)	<.001	0.39 [0.25–0.61]
≥10	2/33 (6.06)	3/19 (15.79)	.342b	0.34 [0.03–3.40]
Morphology				
Polypoid	16/119 (13.45)	25/127 (19.69)	.189	0.63 [0.32–1.26]
Nonpolypoid	21/125 (16.80)	55/120 (45.83)	<.001	0.24 [0.13–0.43]
Location				
Proximal colon	28/153 (18.30)	54/166 (32.53)	.004	0.46 [0.28–0.78]
Distal colon	10/93 (10.75)	26/81 (32.10)	<.001	0.25 [0.11–0.57]
Histology				
Conventional adenomas	34/217 (15.67)	69/214 (32.24)	<.001	0.39 [0.25–0.62]
Carcinomas	0/4 (0.00)	0/1 (0.00)	NC	NC
Sessile serrated lesion	0/5 (0.00)	2/6 (33.33)	.455	0.00 [0.00–4.05]
Hyperplastic polyps of the proximal Colon	4/20 (20.00)	9/26 (34.62)	.275	0.47 [0.12–1.84]

Endoscopista experto ? No es realista, no es esencial

ESD

CPRE

POEM



Colonoscopia
en EI

Barrett
Tratamiento

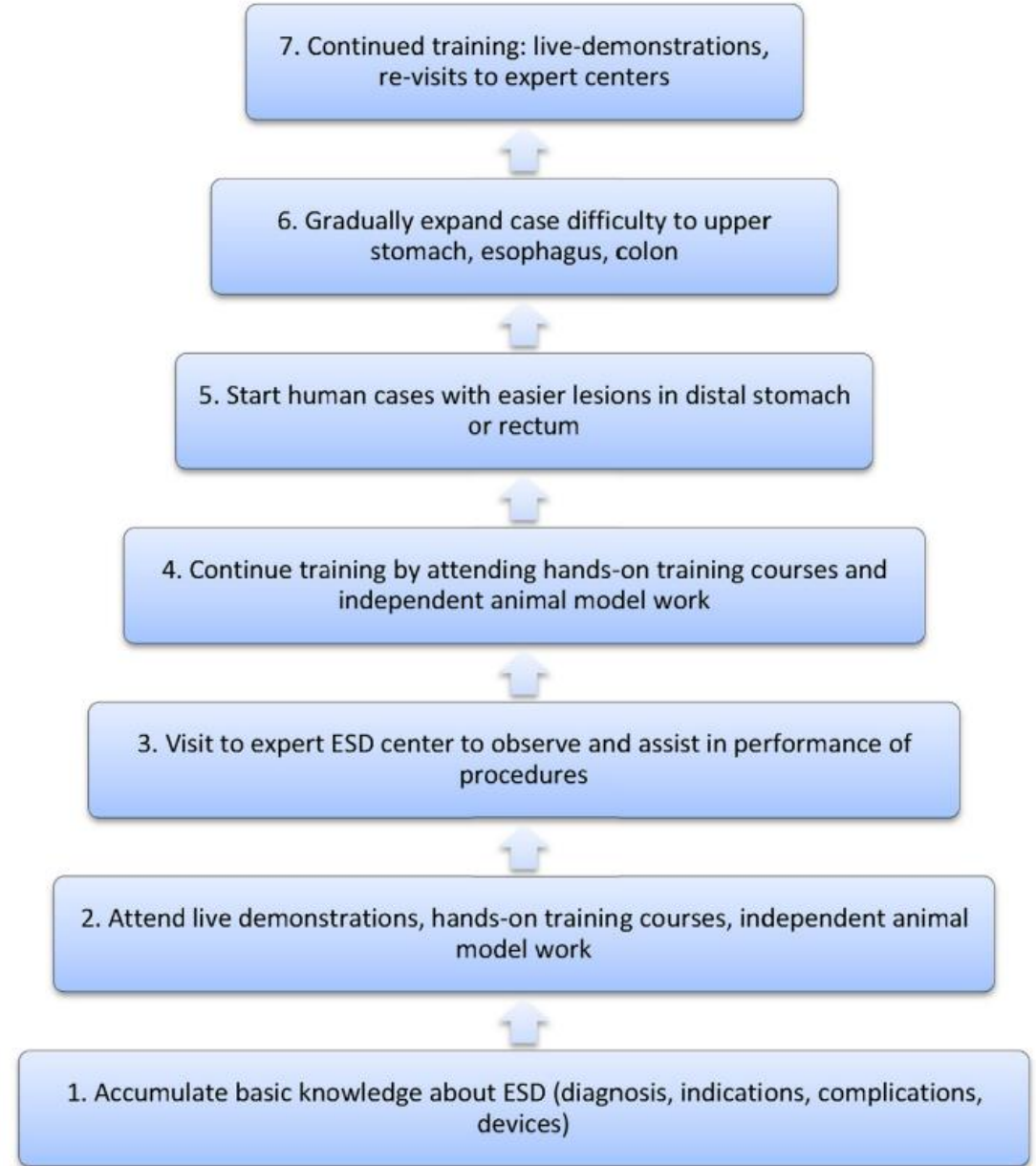
Colangioscopia

Endo
Bariátrica

Polipectomias

Training for advanced endoscopic procedures

Matthew E. Feurer, M.D., M.S., Fellow,
Peter V. Draganov, M.D., Professor of Medicine *



Técnicas de polipectomía

Resección
Mucosa
Sub acuática

Disección
Endoscópica
Submucosa

Asistida
con bandas

Resección
Mucosa
Endoscópica

Asistida
con “cap”

Mucosectomía
Asa fría

Resección mucosa
Espesor completo

Polipectomías

**Equipo de 10-20 gastroenterólogos
Práctica privada /Hospital universitario**

```
graph TD; A[Equipo de 10-20 gastroenterólogos  
Práctica privada /Hospital universitario] --> B[2-3 sub-especializados  
Resección endoscópica  
Avanzada del colon]; A --> C[2 sub-especializados  
Resección endoscópica  
Avanzada del tracto superior];
```

**2-3 sub-especializados
Resección endoscópica
Avanzada del colon**

**2 sub-especializados
Resección endoscópica
Avanzada del tracto superior**

Residente problema

Actitudes negativas

Quejumbroso, comportamiento antagónico

Se queja, demasiado trabajo, sobrecargado

Sarcástico, busca fallas en sus mentores

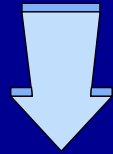
Actúa con falsedad, no hay vergüenza

Pérdida del entusiasmo

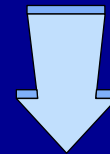
Residente problema



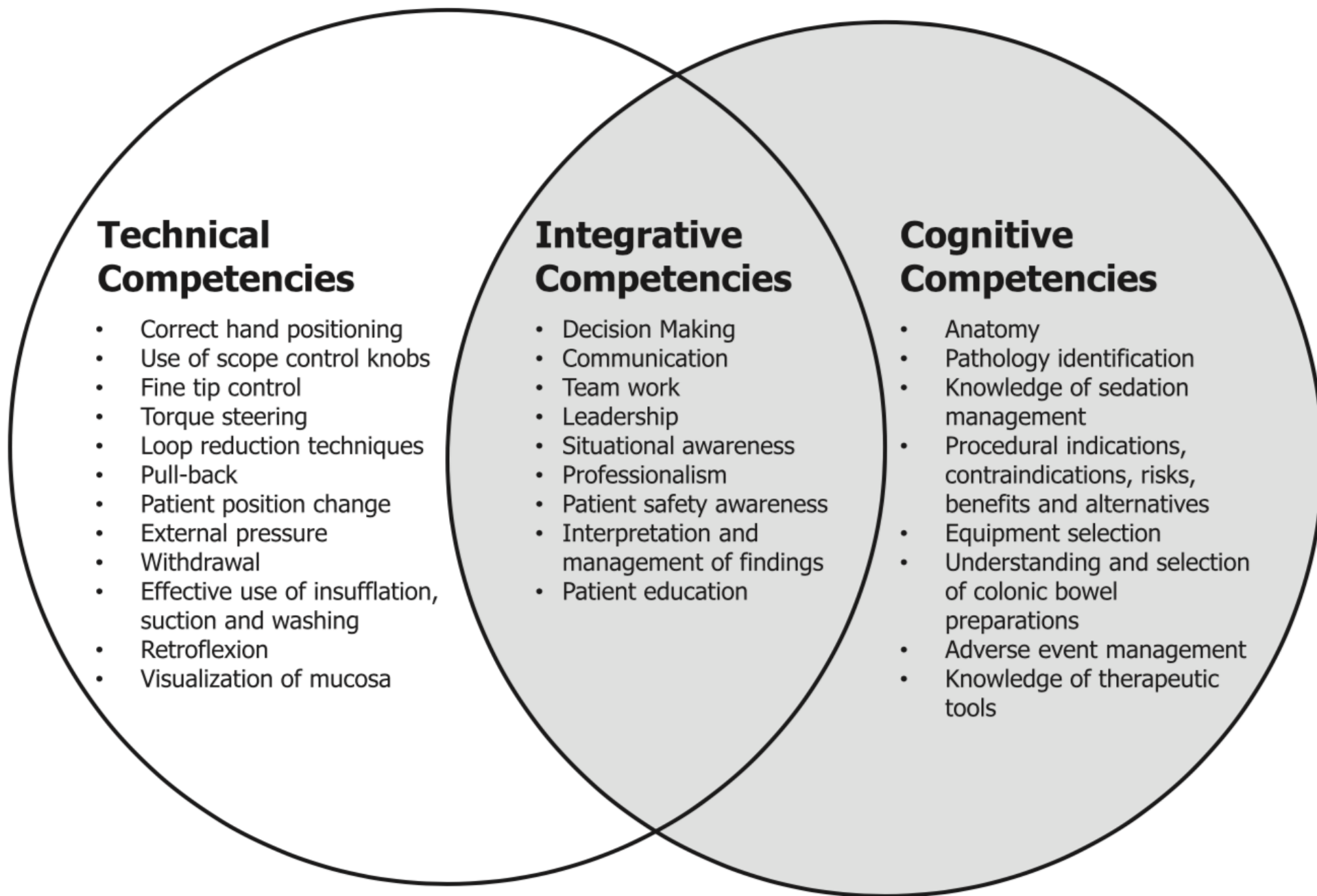
Enseñanza de la endoscopia



**Adquisición
Conocimiento**

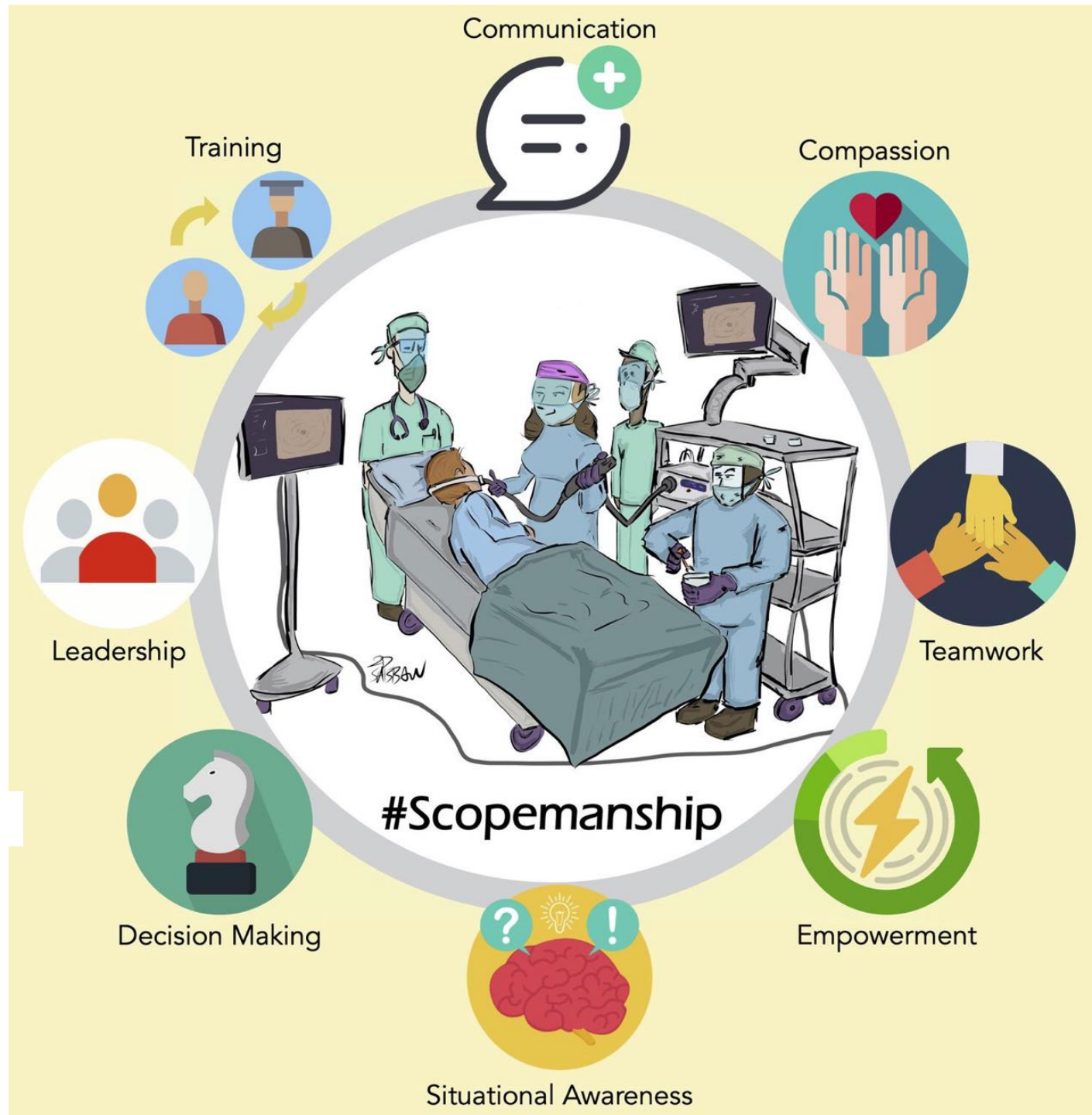


**Desarrollo
Técnica**



Punta de la piràmide "Scopemanship"

Bollipo S, Gastroenterology 2020;159:1648–1652



Cullinane M, Gray A, Hargraves C, Lucas S, Schubert M, Sherry K, et al. Scoping our practice. The 2004 report of the national confidential Enquiry into patient outcome and death. London. 2005. Available from: <http://www.ncepod.org.12.uk/2004report/> [accessado Junio 24, 2022

**Investigaciòn confidencial Nacional sobre muertes perioperatorias
Investigò muertes dentro de los 30 días despuès de un procedimiento
endoscòpico terapèutico**

**21/23 recomendaciones destacaron deficiencias en
Habilidades no tècnicas: Evaluaciòn del paciente,
decisiòn crrecta, etc.
Pocos inconvenientes con habiliades tècnicas**

Reflexion

“Feedback”



Gastroenterología y endoscopia



Estudiante

**No es un
Subordinado**

Mentor *versus* Protagonista profesor ?

Enseña con arte
y paciencia



Estimulando el deseo
del conocimiento

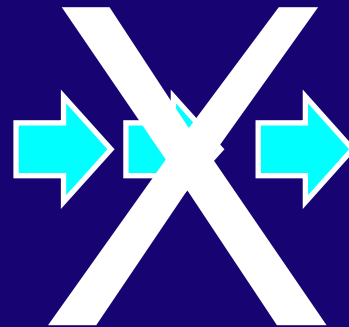


Es obligación
del profesor
sacarlos de
la ignorancia

Probablemente
no quiere enseñar
sino ser admirado



No despierta interés
en sus alumnos por
el conocimiento



*“Esos alumnos
No saben nada”*

Instructor sin vocacion

DE LAS
VACAS SAGRADAS
SE HACEN LAS MEJORES
HAMBURGUESAS

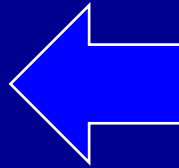
Estrategias rompeparadigmas
para desarrollar
personas y organizaciones
dispuestas al cambio

ROBERT KRIEDEL

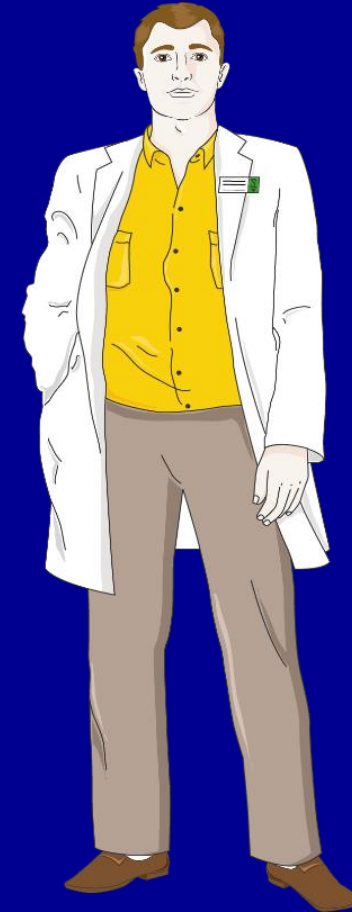
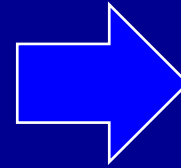
Coautor del bestseller *Si no está roto, rómpalo*

y DAVID BRANDT

Mentoría



Comunicación
Confianza
Comprensión
Empatía



Atributos del buen mentor

Respeto y sinceridad

Espíritu crítico

Flexibilidad

Trabajo en equipo

Disponibilidad de tiempo

Profesionalismo

**La educación tiene que ver con
prender fuegos, no con llenar baldes**

W.B. Yeats 1865-1939

Atributos del aprendiz

**Interés y
Humildad**

Cumplimiento

Respeto

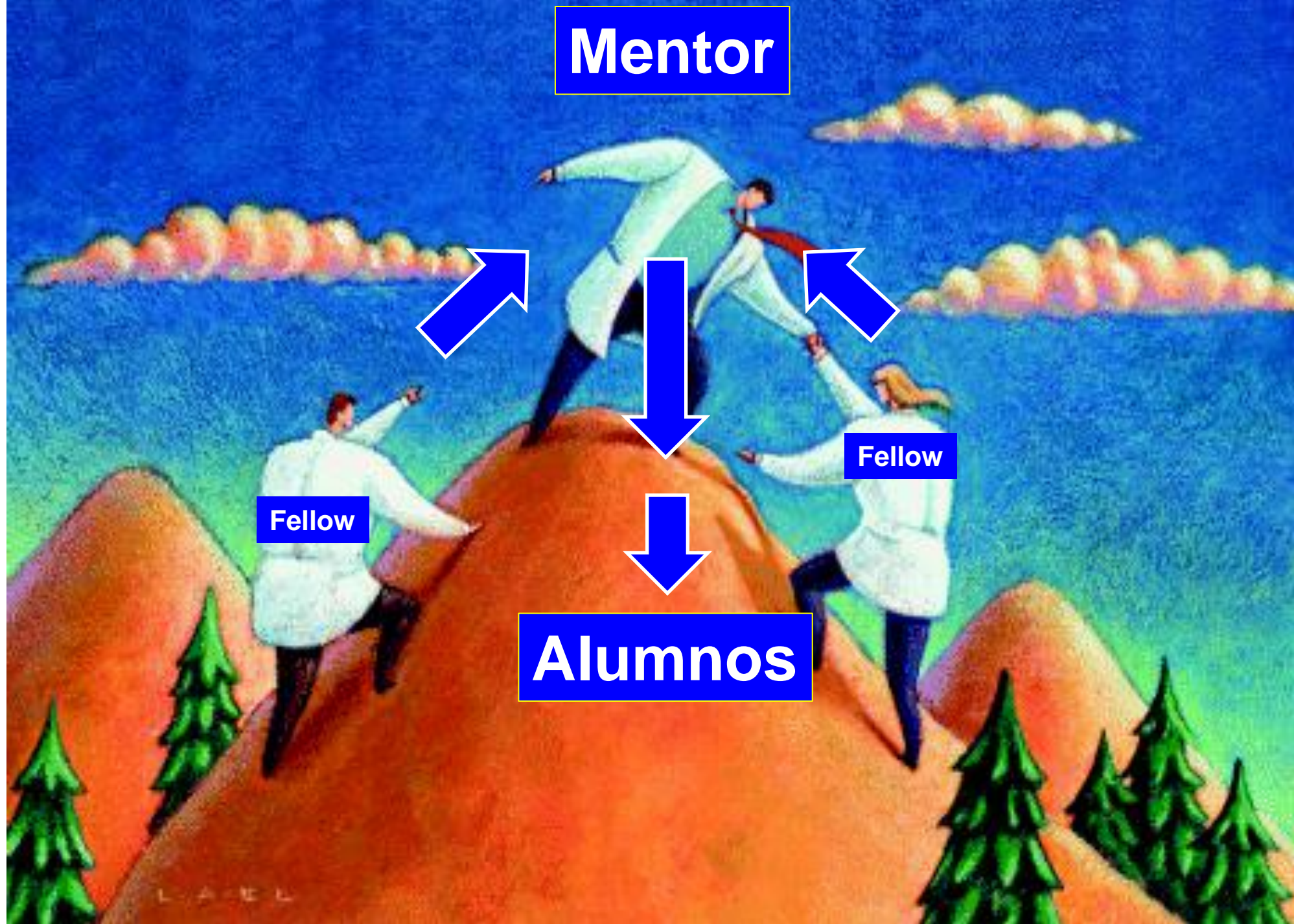
Sinceridad

**Atletas y expertos necesitan
10.000 horas de para alcanzar
el más alto nivel**

Beatles

Bill Gates

Mentor



Fellow

Fellow

Alumnos

Héctor Abad Faciolince

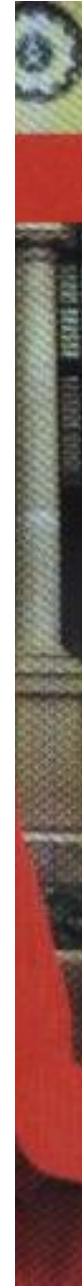
El olvido
que seremos





**Los profesores son amigos
De los estudiantes**

Estocolmo 2005



Muchas gracias !