INFORME ESTANDARIZADO DE COLONOSCOPIA

Dr. Ferran González-Huix Lladó

Unitat d'Endoscopia Digestiva. Servei Ap. Digestiu

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Clínica Girona, Girona

L'informe: és el mètode de comunicació principal entre l'endoscopista i el sistema

Consistent

Complet

Descripció i imatges de les troballes principals i secundàries
Tractaments i recomanacions

Efectiu

Respondre a la pregunta clínica
Servir de guia del tractament i seguiment del malalt.

Permetre extreure'n informació per avaluar resultats globals, detectar punts de millora i dimensionar recursos: QUALITAT

INFORME DE COLONOSCOPIA FUNCIONS

- **Document clínic**
  - **Diagnòstic: descripció de les lesions + imatges (fotos/vídeos)**
  - Recomanacions
  - Intervals de vigilància
  - Informació a endoscopistes per futures exploracions
  - **Terapèutica: descripció tractaments aplicats**
- **Monitorització de qualitat**
  - Incorporar informació adequada (base de dades)
- **Implicacions mèdic-legals**

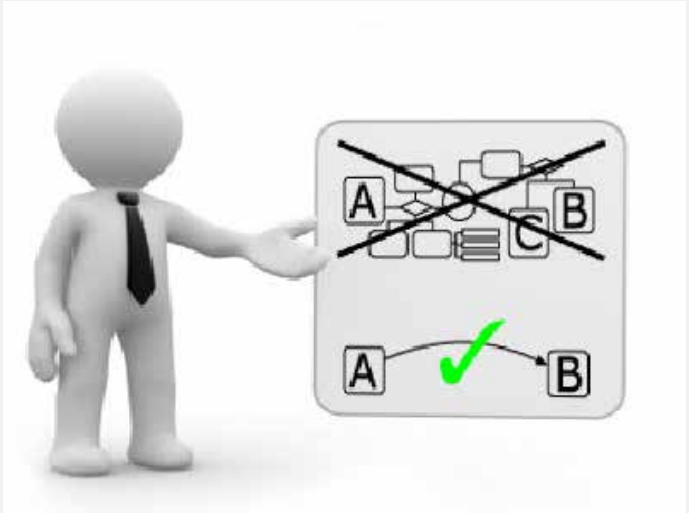
PROPIETATS DE L'INFORME D'ENDOSCÒPIA

Concís, tot lo imprescindible i evitar incloure detalls innecessaris

Llenguatge estàndard

Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy - MST 3.0.

Recomanada per la World Organisation of Digestive Endoscopy (OMED)



Estructurat per apartats (fàcil lectura)

Aabakken L. Endoscopy. 2009

QUÈ ENTENEM PER UN INFORME ESTRUCTURAT?

Aquell en el qual s'inclou tota la informació rellevant del procediment i impressió diagnòstica seguint una terminologia i descriptors prèviament definits, i tot això en un disseny preestablert. (Barbosa et al. 2010)

Informació organitzada i estandarditzada a partir d'unes plantilles predefinides. (Liu et al. 2006)

Aquell en què cada element convertit en dada és codificat perquè posteriorment pugui ser recollit d'una forma automatitzada. (Weiss et al. 2014)

IMPORTANCIA DELS INFORMES ESTRUCTURATS

- Reduir la variabilitat de la informació i les omissions.
- Facilitar la interpretació al clínic, al patòleg, a altres endoscopistes i al propi pacient.
- Obliga a treballar amb plantilles pre-definides (no s'oblida la informació rellevant)
- Ha de permetre bolcar la informació a programes per avaluar resultats.
  - **Mesurar** els indicadors i **plantejar millores** individuals i de la unitat.
  - **Investigació clínica:** registres i estudis clínics
  - **Dimensionar** els recursos necessaris de la unitat

PLANTILLA DE INFORME PRE-DEFINIDA

Utilitzar formats electrònics estandarditzats:

- camps pre-definits de compliment obligatori:
  - variables per mesurar la qualitat (definides per les societats científiques)
  - variables necessàries per decidir el tractament i seguiment.
- apartat per narrativa lliure (expressar experiència i opinió). Afegir informació que es consideri rellevant.
- imatges de fotogràfiques o videos (que puguin ser emmagatzemades)
- sistema de documentació de fàcil integració en el software hospitalari.
- sistema que permeti la explotació científica senzilla de les dades (prospectiva)

Lieberman DA Gastrointest Endosc. 2009

¿Què ha de contenir l'informe de colonoscòpia?

TABLE 1. Colonoscopy report: key subject areas

Patient demographics and history
Assessment of patient risk and comorbidity
Procedure indication(s)
Procedure: technical description
Colonoscopic findings
Assessment
Interventions/unplanned events
Follow-up plan
Pathology

Lieberman, GIE 2007

INFORME ENDOSCÒPIC. ELEMENTS IMPRESCINDIBLES

PREPROCEDIMENT

1. Data de procediment
2. Dades d'identificació del pacient
6. Constància de que s'ha signat el Consentiment informat
7. Procediment endoscòpic
8. Indicació (s)

INTRAPROCEDIMENT

10. Medicació administrada: anestèsia, analgèsia, sedació
11. Extensió anatòmica de l'examen
12. Limitació (s) de l'examen, inclosa preparació
13. Procediments
14. Mostres de teixit o fluid obtingut
15. Diagnòstic(s)

POSTPROCEDIMENT

17. Els esdeveniments adversos (si existeixen)
18. Recomanacions
19. Signatura (Endoscopista (s) Infermera)

Recomanacions ASGE; SEED; AEG 2011

INDICADORS DE QUALITAT DELS PROCEDIMENTS ENDOSCÒPICS GI (ASGE)

PREPROCEDIMENT

Indicació apropiada
(standard list appropriate indications)

Constància de que s'ha signat el consentiment informat

Avaluació de risc i possibles efectes adversos (avaluació ASA, performance status)

Profilàctics Antibiòtica

Mesures en anti-coagulació

Compliment >98% de les exploracions

ASGE –Gastrointestinal Endoscopy 2014 . CAG Can J Gastroenterol 2013

INDICADORS DE QUALITAT DELS PROCEDIMENTS ENDOSCÒPICS GI (ASGE)

INTRAPROCEDIMENT

Fotodocumentació (o imatges de vídeo)

Sedació i monitorització

Fàrmacs administrats (sedants, antidots, altres): via, dosis

Interrupció del procediment per complicacions relacionades amb la prova o la sedació (si cal)

Compliment >98% de les exploracions

ASGE –Gastrointestinal Endoscopy 2014 . CAG Can J Gastroenterol 2013

INDICADORS DE QUALITAT DELS PROCEDIMENTS ENDOSCÒPICS GI (ASGE)

POSTPROCEDIMENT
Informació del procediment i diagnòstic
Estat del malalt a l'alta
Esdeveniments adversos
Instruccions per al malalt
Recomancions sobre el seguiment
Satisfacció del pacient

Compliment >98% de les exploracions

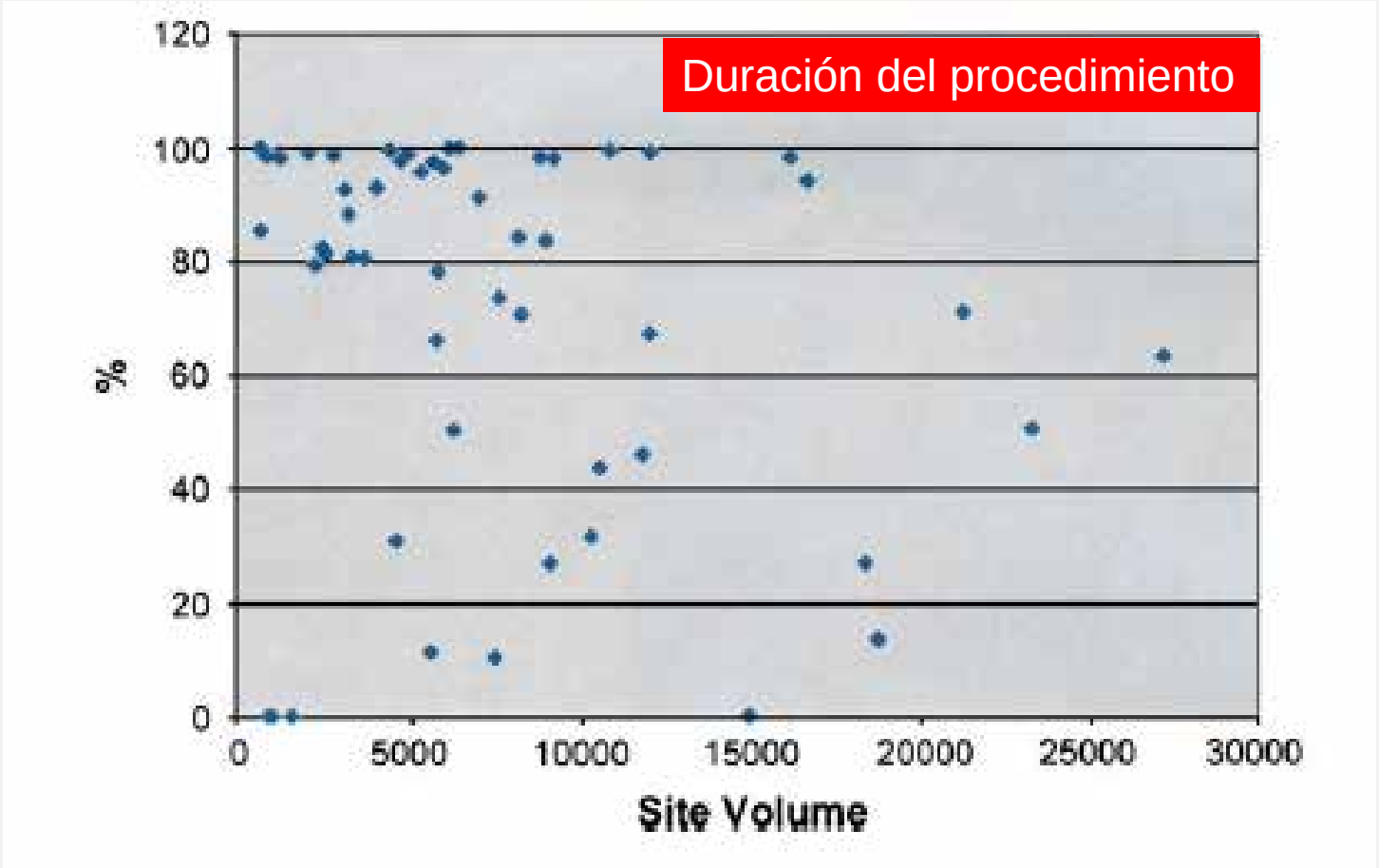
ASGE –Gastrointestinal Endoscopy 2014 . CAG Can J Gastroenterol 2013

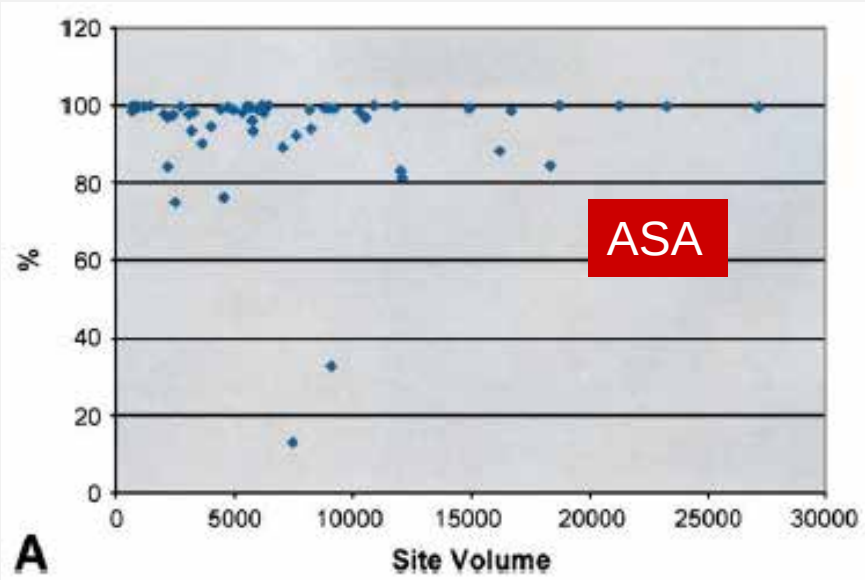
Assessment of the quality of colonoscopy reports: results from a multicenter consortium

David A. Lieberman, MD, Douglas O. Faigel, MD, Judith R. Logan, MD, Nora Mattek, MPH, Jennifer Holub, MPH, Glenn Eisen, MD, MPH, Cynthia Morris, PhD, Robert Smith, PhD, Marion Nadel, PhD

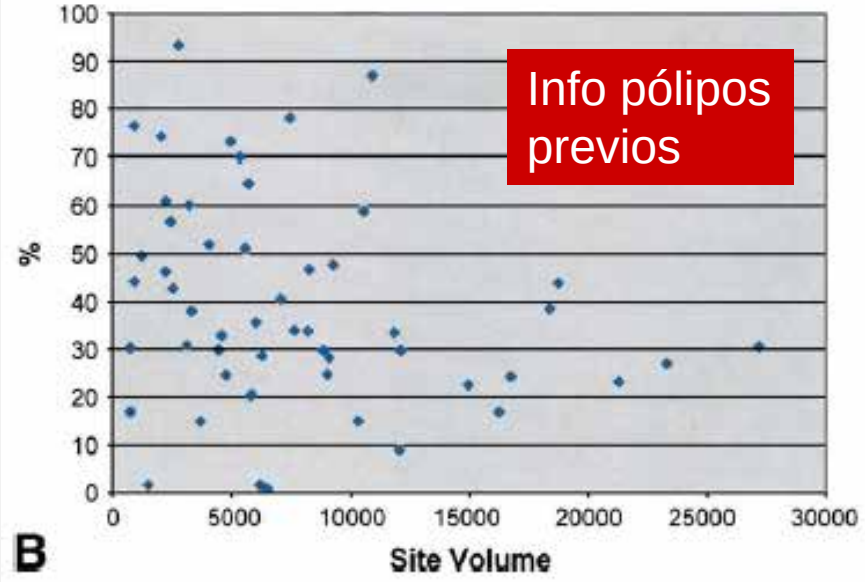
GIE 2009

438.000 informes de colonoscopia de 73 centros de USA

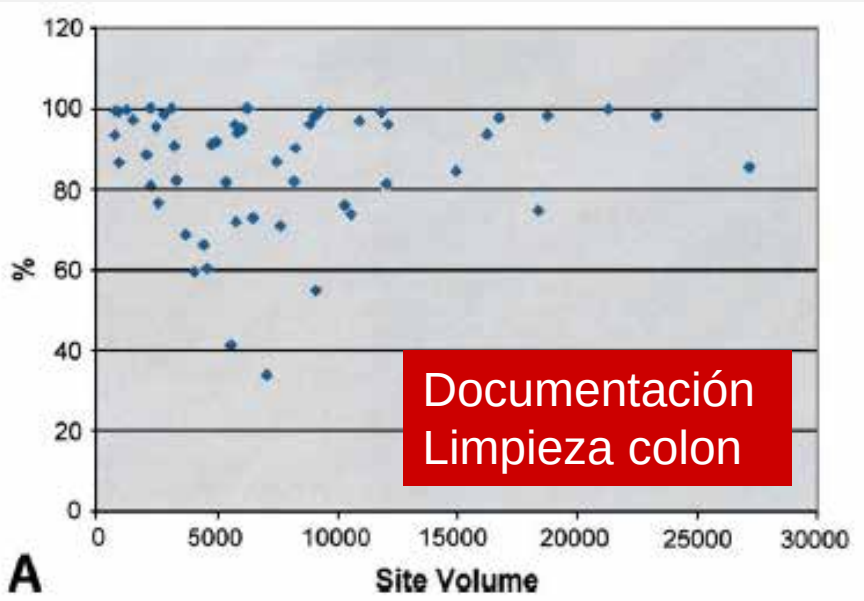




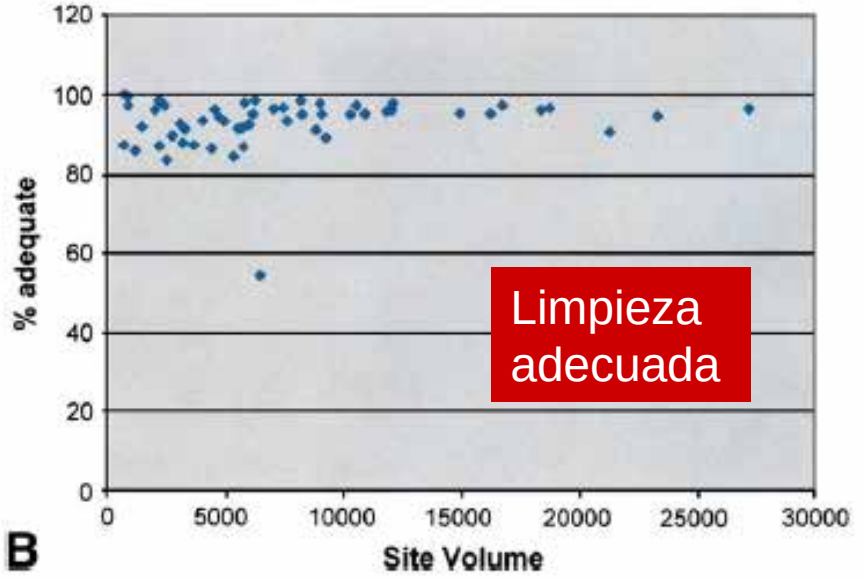
ASA



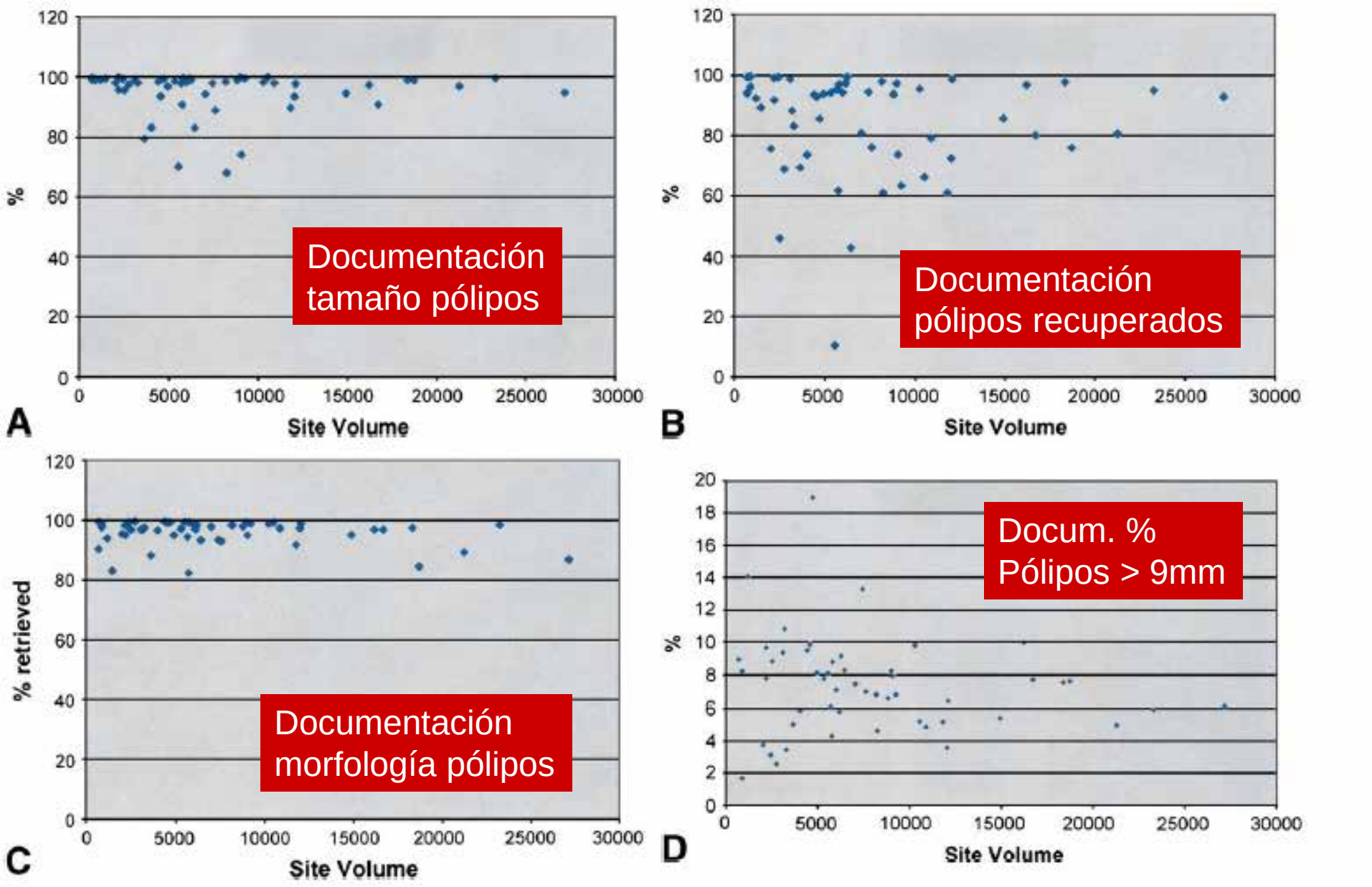
Info pólipos previos



Documentación Limpieza colon



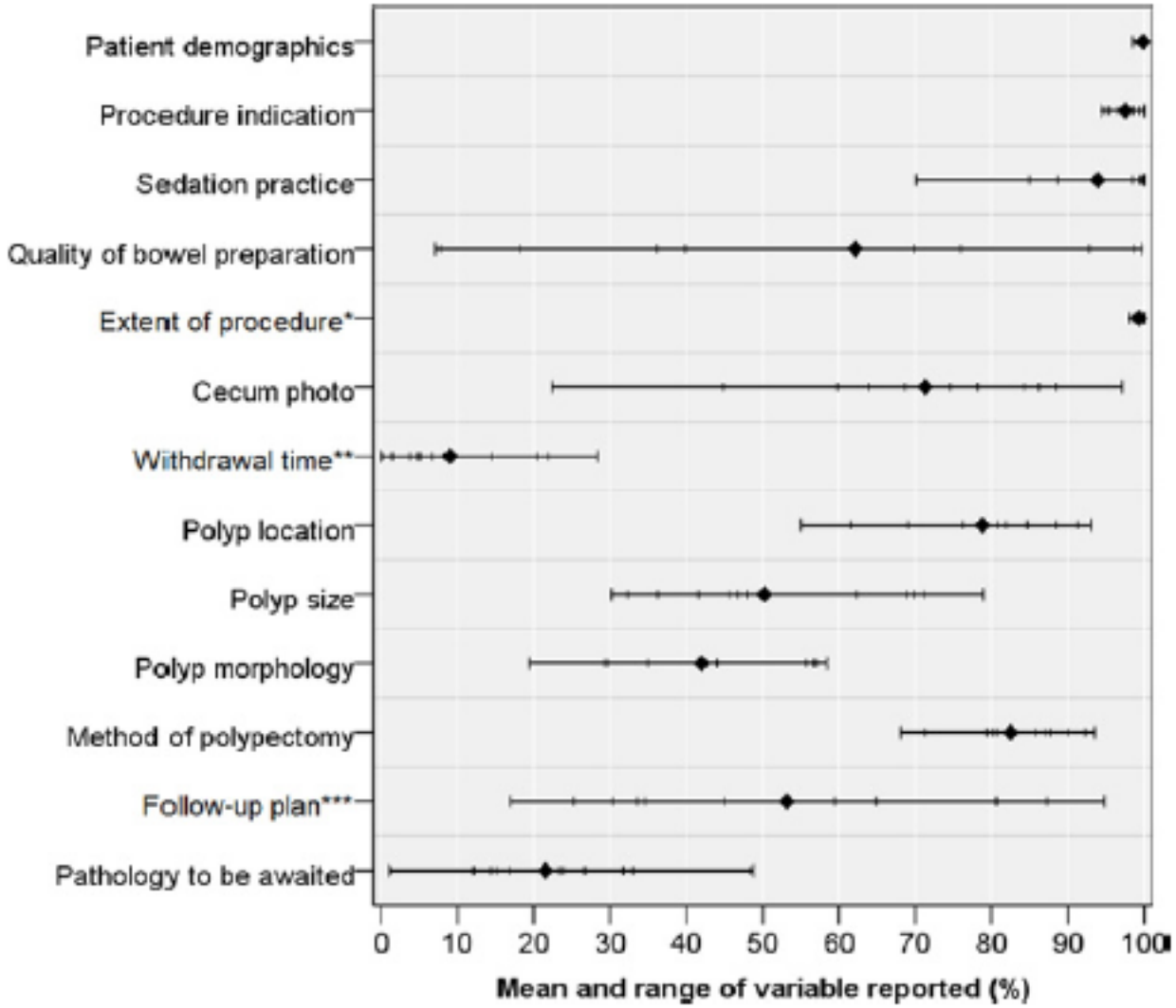
Limpieza adecuada


A
%
Site Volume
Documentación tamaño pólipos
B
%
Site Volume
Documentación pólipos recuperados
C
% retrieved
Site Volume
Documentación morfología pólipos
D
%
Site Volume
Docum. % Pólipos > 9mm

Quality evaluation of colonoscopy reporting and colonoscopy performance in daily clinical practice (CME)

Vincent de Jonge,[1] Jerome Sint Nicolaas,[1] Djuna L. Cahen, MD, PhD,[1,2] Willem Moolenaar, MD, PhD,[3] Rob J.Th. Ouwendijk, MD, PhD,[4] Thjon J. Tang, MD, PhD,[5] Antonie J.P. van Tilburg, MD, PhD,[6] Ernst J. Kuipers, MD, PhD,[1,7] Monique E. van Leerdam, MD, PhD,[1] for the SCoPE Consortium

Rotterdam, Amstelveen, Alkmaar, Capelle aan den IJssel, the Netherlands



GIE 2012

QUALITY INDICATORS FOR
GI ENDOSCOPIC PROCEDURES

Quality indicators for colonoscopy

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 81, No. 1 : 2015

Prepared by:
Douglas K. Rex, MD
Philip S. Schoenfeld, MD, MSEd, MSc (Epi)
Jonathan Cohen, MD
Irving M. Pike, MD
Douglas G. Adler, MD
M. Brian Fennerty, MD
John G. Lieb II, MD
Walter G. Park, MD, MS
Maged K. Rizk, MD
Mandeep S. Sawhney, MD, MS
Nicholas J. Shaheen, MD, MPH
Sachin Wani, MD
David S. Weinberg, MD, MSc

TABLE 2. Summary of proposed quality indicators common to all endoscopic procedures[38,*]

Quality indicator	Grade of recommendation	Measure type	Performance target (%)
Preprocedure			
1. Frequency with which endoscopy is performed for an indication that is included in a published standard list of appropriate indications, and the indication is documented (priority indicator)	1C+	Process	>80
2. Frequency with which informed consent is obtained and fully documented	3	Process	>98
3. Frequency with which preprocedure history and directed physical examination are performed and documented	3	Process	>98
4. Frequency with which risk for adverse events is assessed and documented before sedation is started	3	Process	>98
5. Frequency with which prophylactic antibiotics are administered for appropriate indication (priority indicator)	Varies	Process	>98
6. Frequency with which a sedation plan is documented	Varies	Process	>98
7. Frequency with which management of antithrombotic therapy is formulated and documented before the procedure (priority indicator)	3	Process	N/A
8. Frequency with which a team pause is conducted and documented	3	Process	>98

QUALITY INDICATORS FOR
GI ENDOSCOPIC PROCEDURES

Quality indicators for colonoscopy GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 81, No. 1 : 2015

Prepared by:
Douglas K. Rex, MD
Philip S. Schoenfeld, MD, MSEd, MSc (Epi)
Jonathan Cohen, MD
Irving M. Pike, MD
Douglas G. Adler, MD
M. Brian Fennerty, MD
John G. Lieb II, MD
Walter G. Park, MD, MS
Maged K. Rizk, MD
Mandeep S. Sawhney, MD, MS
Nicholas J. Shaheen, MD, MPH
Sachin Wani, MD
David S. Weinberg, MD, MSc

9. Frequency with which endoscopy is performed by an individual who is fully trained and credentialed to perform that particular procedure	3	Process	>98
Intraprocedure			
10. Frequency with which photodocumentation is performed	3	Process	N/A
11. Frequency with which patient monitoring during sedation is performed and documented	3	Process	>98
12. Frequency with which the doses and routes of administration of all medications used during the procedure are documented	3	Process	>98
13. Frequency with which use of reversal agents is documented	3	Process	>98
14. Frequency with which procedure interruption and premature termination due to sedation-related issues is documented	3	Process	>98
Postprocedure			
15. Frequency with which discharge from the endoscopy unit according to predetermined discharge criteria is documented	3	Process	>98
16. Frequency with which patient instructions are provided	3	Process	>98
17. Frequency with which the plan for pathology follow-up is specified and documented	3	Process	>98

QUALITY INDICATORS FOR
GI ENDOSCOPIC PROCEDURES

Quality indicators for colonoscopy GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 81, No. 1 : 2015

Prepared by:
Douglas K. Rex, MD
Philip S. Schoenfeld, MD, MSEd, MSc (Epi)
Jonathan Cohen, MD
Irving M. Pike, MD
Douglas G. Adler, MD
M. Brian Fennerty, MD
John G. Lieb II, MD
Walter G. Park, MD, MS
Maged K. Rizk, MD
Mandeep S. Sawhney, MD, MS
Nicholas J. Shaheen, MD, MPH
Sachin Wani, MD
David S. Weinberg, MD, MSc

TABLE 2. Continued

Quality indicator	Grade of recommendation	Measure type	Performance target (%)
18. Frequency with which a complete procedure report is created	3	Process	>98
19. Frequency with which adverse events are documented	3	Process	>98
20. Frequency with which adverse events occur	3	Outcome	N/A
21. Frequency with which postprocedure and late adverse events occur and are documented	3	Outcome	N/A
22. Frequency with which patient satisfaction data are obtained	3	Process	N/A
23. Frequency with which communication with referring provider is documented	3	Process	N/A

N/A, Not available.
*This list of potential quality indicators is meant to be a comprehensive list of measurable endpoints. It is not the intention of the task force that all endpoints be measured in every practice setting. In most cases, validation may be required before a given endpoint may be adopted universally.

Grupo de trabajo Informe endoscópico SEED/SCD

Informe endoscópico estandarizado

- **Colaboración SEED-casas comerciales (Pentax, Fuji, Olympus) software informe endoscópico**
- **Asociación fácil con sistemas informáticos hospitalarios**
- **Explotación sencilla de la base de datos**
- Versión básica/extendida “customizable”
- Grupo de trabajo
- Herramienta de colaboración con programas de cribado
- Evitar doble entrada de datos

INFORME DE UNA COLONOSCOPIA. Versión 1.0.

Recomendaciones de la SEED sobre los componentes de un informe de colonoscopia.

PROYECTO de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Día 08 de noviembre de 2015

INFORME BASICO: Variables que deberían estar incluidas en su totalidad en el informe

INFORME EXTENDIDO/AVANZADO: Variables opcionales que completan el informe

CONTENIDOS DEL INFORME

1. FILIACION: Apellidos y Nombre, fecha de nacimiento, sexo, número de HC, número identificador de paciente (Automático. Cargado por el propio sistema, mediante integración informática de programas)

2. FECHA: Día y hora de realización de la colonoscopia (Automático. Cargado por el propio sistema)

3. PRIORIDAD:
    a. Urgente (primeras 48 horas)
    b. Preferente (20 días laborables de la solicitud). (El concepto de preferente es subjetivo por parte del solicitante, pero debería concebir la sospecha de una enfermedad grave que requiere diagnóstico antes de 20 días laborables) (Automático. Cargado por el propio sistema, mediante integración informática de programas)
    c. Normal.

4. FECHA SOLICITUD de la colonoscopia (Automático. Cargado por el propio sistema, mediante integración informática de programas)

5. MODALIDAD DE PETICIO DE COLONOSCOPIA

Opción A

a. Colonoscopia **por síntomas o signos** (por ejemplo: anemia ferropénica, rectorragia etc.)
b. Colonoscopia por **alta sospecha de CCR**
c. Colonoscopia de **seguimiento de pólipos, CCR o de lesiones crónicas.** (incluye EII)
d. Colonoscopia para **terapéuticas** programadas
e. Colonoscopia de **programa estructurado de cribado de CCR**
f. Colonoscopia por **cribado oportunista de CCR**
g. Colonoscopia por **cribado familiar de CCR** (personas con antecedentes familiares de CCR o pólipos en familiares de 1º o 2º grado)

Opción B:

- síntomas
- EII
- cribado poblacional
- cribado oportunista
- vigilancia
- alto riesgo

6. INDICACION: Motivo de indicación de la colonoscopia:

INDICACIONES ACEPTADAS. ASGE. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Gastrointestinal Endosc. 2000; 52:831-7. EPAGE

- 1. Evaluación en una prueba radiológica de una anormalidad que sea clínicamente relevante: defecto de repleción, estenosis, etc.
- 2. Evaluación de hemorragia gastrointestinal inxeplicada
  - • Hematoquezia
  - • Melena después de haber excluido origen en el tracto digestivo alto
  - • Presencia de sangre oculta en heces
- 3. Anemia por déficit de hierro inexplicada
- 4. EEI del colon si para el manejo inmediato del paciente se requiere un diagnóstico más preciso o bien determinar la extensión de la enfermedad
- 5. Diarrea clínicamente relevante de origen inexplicado
- 6. Identificación intraoperatoria de una lesión no aparente durante la cirugía (localización de un punto de hemorragia y determinar la localización de un punto de inserción de un pólipo)
- 7. Tratamiento de la hemorragia por malformaciones vasculares, ulceraciones, neoplasias y puntos de inserción de polipectomía
- 8. Extracción de cuerpos extraños
- 9. Resección de pólipos
- 10. Descompresión de dilatación aguda del colon o de vólvulos colónicos
- 11. Dilatación de estenosis colónicas (por ejemplo, estenosis anastomóticas)
- 12. Tratamiento paliativo de la obstrucción o hemorragia por lesiones neoplásicas del colon (por ejemplo, láser, electrocoagulación y prótesis de colon)
- 13. Marcado del punto de localización de lesiones (tatuaje y clips)
- 14. Vigilancia post-polipectomía o tras cirugía de CCR
- 15. Cribado del CCR
  - Tras TSOH+
  - Oportunista
- 16. Otros (enumerar)

7. TIEMPO ESPERA en días naturales (cálculo automático por parte del software) (Explotación estadística de esta información. Objetivo de gestión).

8. CONSENTIMIENTO informado de la endoscopia:
   a. Si
   b. No
   c. Consentimiento informado de la sedación
      i. Si
      ii. No

9. PREPARACION del colon:
   a. Polietilenglicol 4 L
   b. Macrogol 3350, Sulfato de sodio anhidro
   c. Picosulfato sódico, Óxido de magnesio, Ácido cítrico monohidrato
   d. Otras (indicar)

10. MODALIDAD DE TOMA DE LA PREPARACION
   a. Fraccionada (intervalo entre dosis de 6-8 horas)
   b. No fraccionada, el mismo día (inicio preparación entre 8-10 horas antes de la colonoscopia)
   c. No fraccionada, el día anterior de la colonoscopia

11. ENDOSCOPIO UTILIZADO (nº de serie) (Objetivo de eficacia y calidad. Dato que incorpora automáticamente el programa de endoscopia. Dato de trazabilidad).

12. TÉCNICA DEL ENDOSCOPISTA:

a. Sin asistente, pasando el endoscopio el mismo endoscopista
b. Con asistente

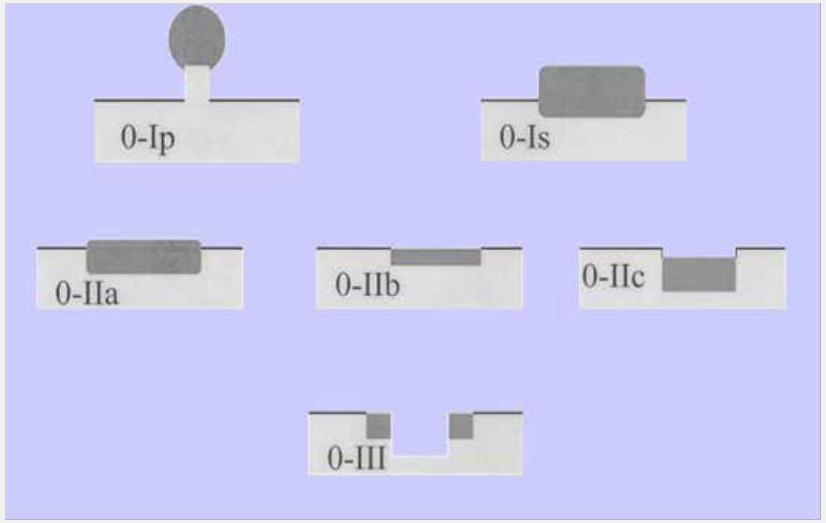
13. LESIONES DETECTADAS: (la respuesta afirmativa a cada una de estos ítems abriría un subinforme para definir la extensión, características de la lesión… Debería permitir que las lesiones no fueran excluyentes. Es decir, el desarrollo informático debe permitir un ilimitado número de lesiones y de combinaciones.

a. Inflamatorias
b. Vasculares
c. Neoplasia Maligna
d. Pólipos
e. Degenerativas
f. Otras
g. Normal

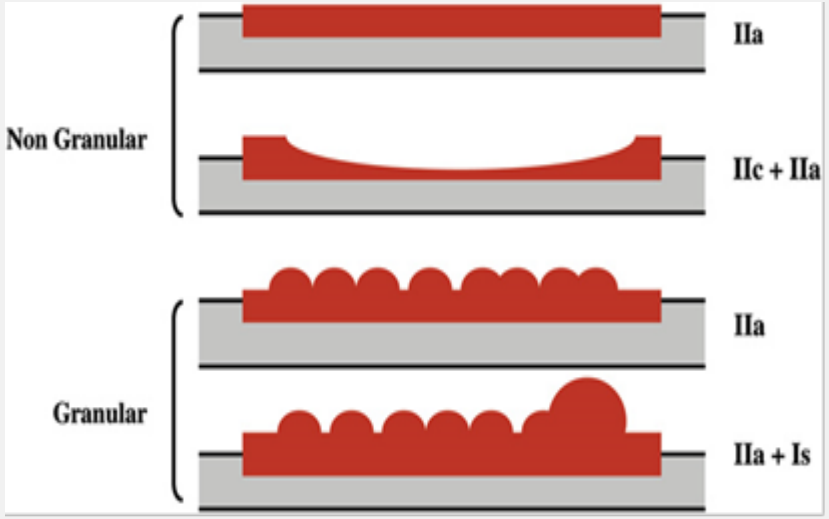
14. DIAGNOSTICOS según codigo ICD-10 (o codificacion similar a definir)

ANNEX 3.- Classificació morfològica dels pòlips

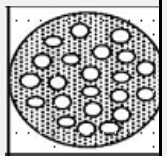
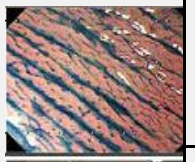
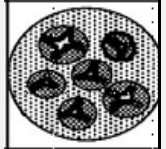
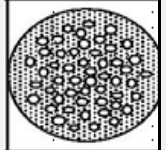
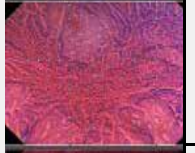
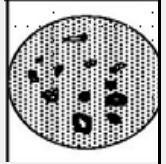
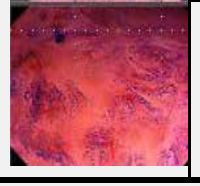
Classificaió de Paris



Lesions“laterally spreading type “ (LST)



Classificació de Kudo

Tipus	Esquema	Endoscòpia	Descripció	Diagnòstic probable	Tractament ideal
I			Criptes rodones i regulars	No neoplàstic	Endoscòpic o cap
II			Estrellades o papil·lars	No neoplàstic	Endoscòpic o cap
IIIS			Rodones o tubulars petites, més petites que les normals	Neoplàstic	Endoscòpic
IIIL			Rodones o tubulars, més grans que les normals	Neoplàstic	Endoscòpic
IV			En forma de solcs, circumvolucions o ramificades	Neoplàstic	Endoscòpic
VI			Distribució irregular dels tipus IIIS, IIIL i IV	Neoplàstic (invassiu)	Endoscòpic o quirúrgic
VN			Desestructurades	Neoplàstic (invassió submucosa massiva)	Quirúrgic

15. DURACIÓN TOTAL de la colonoscopia en minutos (configurarlo mediante función informática del endoscopio. Objetivo de Gestión)

16. TIEMPO DE RETIRADA del colonoscopio en minutos (desde salida del ciego/ileon terminal hasta la salida final por el ano, descontando el tiempo de las técnicas terapéuticas)

17. TOLERANCIA a la colonoscopia:
    a. Buena
    b. Regular
    c. Mala
    d. Muy mala. Imposible finalizarla por intolerancia del paciente
       (La apreciación es subjetiva según la impresión del endoscopista/ayudante: escala analógica visual de 1 (buena) a 4 muy mala).

18. SEDACION (endoscopista o anestesiólogo)
    a. Dirigida por endoscopista
        1. Tradicional (opiáceos+benzodiacepinas)
        2. Profunda (Propofol solo o con benzodiacepinas/opiáceos)
    b. Dirigida por el anestesiólogo

19. SCORE LIMPIEZA: Boston score
    a. Colon derecho (0-3)
    b. Colon transverso (0-3)
    c. Colon izquierdo (0-3)
        Global (0-9)

20. INSUFLACION
    a. Aire
    b. CO_2
    c. Agua (inmersión)

21. SEGMENTO ALCANZADO
    a. Recto
    b. Sigma
    c. Descendente
    d. Angulo esplénico
    e. Transverso
    f. Angulo hepático
    g. Ascendente
    h. Fondo del ciego (fotodocumentación estructuras anatómicas de ciego)
    i. Íleon
    j. Anastomosis ileocolónica
    k. Intestino delgado neoterminal

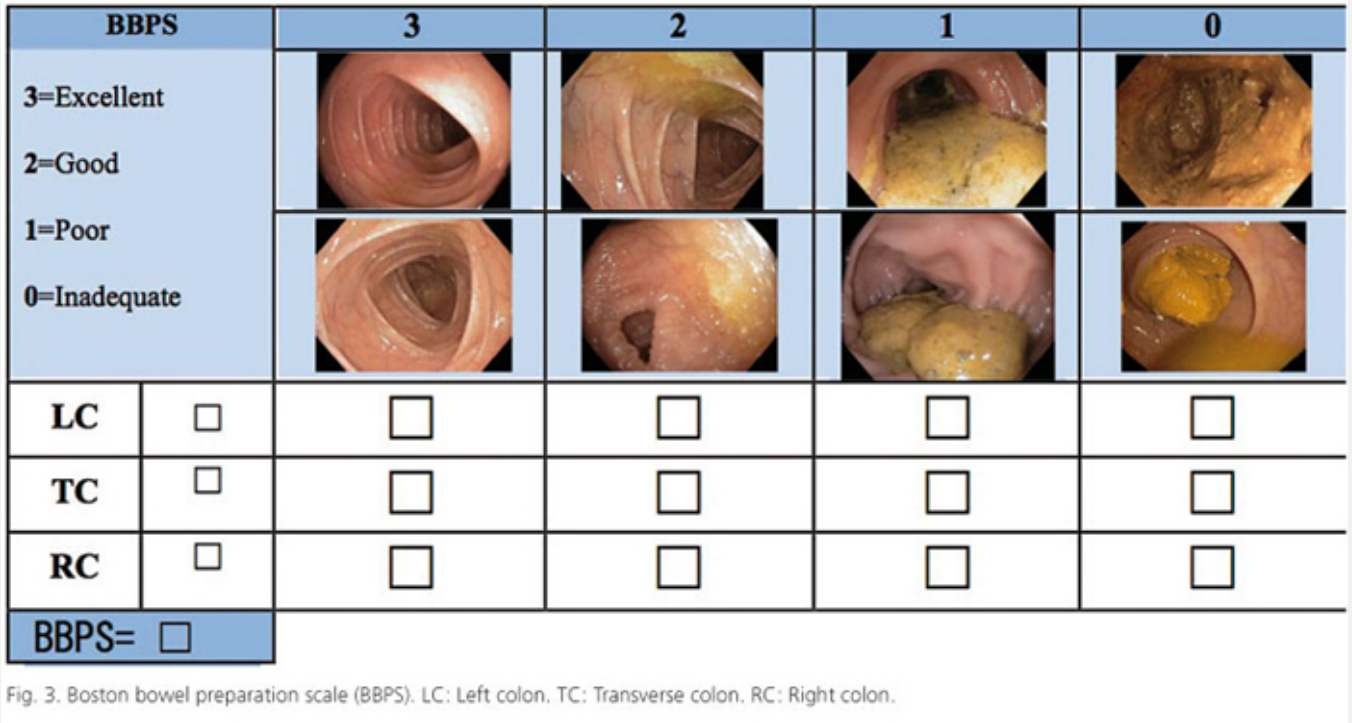


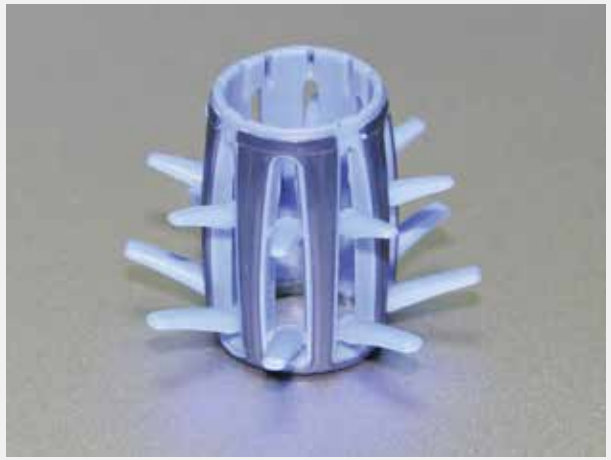
Fig. 3. Boston bowel preparation scale (BBPS). LC: Left colon. TC: Transverse colon. RC: Right colon.

22. DOCUMENTACION GRAFICA de ciego/Ileon terminal/Anastomosis ileocólica (fotografía y/o vídeo)
    a. Si
    b. No

23. GRADO DE DIFICULTAD TÉCNICA
    a. Colonoscopia realizada sin ninguna ayuda: **Muy fácil**
    b. Realizada con ayuda de presión abdominal puntual: **Fácil**
    c. Presiones manuales importantes, intentos repetidos y diferentes de progresión, etc.: **Medianamente difícil**
    d. c+ que además requiere de cambios posturales: **Difícil**
    e. Imposible completarla por la dificultad: **Imposible**

24. LONGITUD DEL COLON: Impresión del endoscopista sobre la longitud de colon/acodamientos

    a. Largo (colon largo y flexuoso que hace difícil la progresión del endoscopio y obliga a tracción y rectificaciones repetidas del colon y ayuda importante del ayudante: c,d,e)
    b. Normal



25. AYUDAS PARA LA EXPLORACION de la parte proximal de los pliegues
    a. No
    b. Si
        i. Pancromoendoscopia
        ii. Retroversión colon derecho
        iii. Endocuff
        iv. Balón
        v. Retroview
        vi. FUSE
        vii. Otros

26. BIOPSIAS: Se realizan biopsias
    a. Si
    b. No

27. TERAPÉUTICAS realizadas
    a. Desarrollar un desplegable con las técnicas que se pueden realizar (Anexo 2)

28. TERAPÉUTICAS SEGÚN CÓDIGO ICD-10 (o codificación similar a definir)

29. COMPLICACIONES

a. Inmediatas

i. Dolor

No

Regular (molestias abdominales que se solventan sin analgesia)

Mala (requiere analgesia)

Muy mala (dudas sobre si hay perforación o no/se hace Rx abdomen o TAC de comprobación….)

i. Hemorragia

1. significativa (que requiere maniobras de resucitación del paciente por inestabilidad hemodinámica, repetición de colonoscopia...)
2. autolimitada

ii. Perforación

Solventada endoscópicamente

Solventada quirúrgicamente

i. Otras

b. Retardadas (ver Recogida de datos post-colonoscopia)

30. TASA DE PERFORACION ajustada al procedimiento si/no. (Cálculo automático.)

31. TASA DE HEMORRAGIA: ajustada a procedimiento: si/no (separando las significativas de las autolimitadas) (Cálculo automático.)

32. HISTOLOGIA final de todas las biopsias y piezas extirpadas (ver siguiente documento. DATOS CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO DE POLIPOS)

33. RECOMENDACIÓN DE SEGUIMIENTO. (Check-list con intervalos).

34. REMISION PARA SEGUNDA EXPLORACIÓN
    a. No
    b. Si (debería ser posible más de una respuesta)
        i. Por dificultad técnica (se requiere endoscopista experto)
        ii. Alteraciones de la coagulación
        iii. Previsible larga duración/múltiples lesiones polipoides
        iv. Ofrecer mejor información al paciente
        v. Deficiente grado de limpieza
        vi. Otras causas: (explicar)

35. Médico realizador. Nombre y apellidos (desplegable)

Informe básico	Item
x	Datos filiación
x	Día y hora
x	Modalidad de petición de colonoscopia
x	Motivo indicación (EPAGE)
x	Consentimiento informado
x	Tipo preparación del colon
x	Diagnóstico. Lesiones detectadas
x	sedación por …
x	score limpieza
x	segmento alcanzado
x	biopsias/tejido
x	Terapéuticas realizadas
x	complicaciones inm./retard.
x	derivación a terapéuticas
x	Médico realizador
15	

< 5’

Informe avanzado	Informe básico	Item
x	x	Datos filiación
x	x	Día y hora
x	o	Prioridad
x	o	Fecha solicitud colonoscopia
x	x	Modalidad de petición de colonoscopia
x	x	Motivo indicación (EPAGE)
x	o	Días de espera
x	x	Consentimiento informado
x	x	Tipo preparación del colon
x	o	Modo preparación
x	o	nº serie endoscopio
x	o	técnica endoscopista
x	x	Diagnóstico. Lesiones detectadas
x	o	Diagnóstico ICD-10
x	o	Duración total (minutos)
x	o	tiempo retirada
x	o	tolerancia paciente
x	x	sedación por …
x	x	score limpieza
x	o	tipo insuflación
x	x	segmento alcanzado
x	o	documentación gráfica
x	o	dificultad técnica
x	o	longitud/acodamientos/bucles
x	o	examen proximal pliegues
x	x	biopsias/tejido
x	x	Terapéuticas realizadas
x	o	terapéutica ICD-10
x	x	complicaciones inm./retard.
x	o	tasa perforación
x	o	tasa hemorragia
x	o	histologia final
x	o	cálculo seguimiento aproximado
x	x	derivación a terapéuticas
x	x	Médico realizador
35	15	

< 15’

ESGE Quality Improvement Committee Recommendations

- Endoscopy reporting systems must be electronic
- Endoscopy reporting systems should be integrated into hospitals patient record systems.
- Users of endoscopy reporting systems shall restrict the use of free text entry to a minimum, and mainly being based on structured data entry.
- Double entry of data by the endoscopist or associate personnel is discouraged.
- Endoscopy reporting systems must facilitate easy data retrieval at any time in a universally compatible format.
- Endoscopy reporting systems must include data fields for key performance indicators as defined by quality improvement committees