

Pareceres SPED **Relatórios em Endoscopia Digestiva**

Rolando Pinho, Miguel Areia, Mário Dinis-Ribeiro, em nome da SPED

O conjunto das indicações para endoscopia digestiva tem aumentado progressivamente em consequência da melhoria técnica dos equipamentos, da implementação de programas de rastreio e vigilância, do aumento da incidência de algumas patologias e do desenvolvimento de novas terapêuticas [1]. Um relatório endoscópico completo e detalhado é um dos elementos chave de um procedimento endoscópico de qualidade. A melhoria de qualidade em endoscopia tem sido um objetivo global dado estar associada a melhoria dos resultados clínicos [2]. Por outro lado, é impossível comprovar a qualidade sem um relatório endoscópico padronizado uma vez que a auditoria, a análise comparativa e a deteção de deficiências não podem ser implementadas ou monitorizadas [3]. A maioria dos procedimentos e manobras endoscópicas e os seus achados são repetitivos e podem gerar um número elevado de imagens e vídeos, pelo que os relatórios endoscópicos são ideais para tratamento, manejo e armazenamento eletrónicos [1,4]. Os relatórios endoscópicos evoluíram assim de curtos relatos manuscritos com escassa informação para relatórios mais abrangentes e completos, que são parte integral do processo clínico eletrónico [5]. Além disso, os relatórios endoscópicos eletrónicos são mais custo-eficazes a longo prazo [4].

A SPED recomenda que:

- 1. O Relatório endoscópico deve ser estruturado para englobar toda a informação relevante ao procedimento endoscópico.** A SPED recomenda a utilização de um modelo de relatório padronizado mínimo como o proposto no grupo de trabalho do Congresso Mundial de Gastreenterologia (WCOG) de 2013 [6].
- 2. Nem todos os dados introduzidos nos campos do relatório eletrónico necessitam ser incluídos no relatório impresso,** dado que alguns têm objetivos administrativos ou de investigação.
- 3. O relatório endoscópico deve ser digital, integrável no processo clínico eletrónico e incluir um identificador único do doente que o ligue às restantes bases de dados,** tal como definido na posição da ESGE “*Requirements and standards facilitating quality improvement for reporting systems in gastrointestinal endoscopy*” [7,8]. Toda a informação deve estar contida nos campos do relatório, incluindo dados administrativos, de investigação, endoscópicos ou relacionados com a qualidade. Nem todos os dados devem ser introduzidos pelo gastreenterologista; os dados já disponíveis em outras fontes devem ser importados automaticamente de outras bases de dados administrativas ou clínicas.



Data: 28/06/2019

4. **O texto livre deve ser usado excecionalmente, devendo ser substituído por campos de dados estruturados individualizados.**
5. **Os termos endoscópicos deverão utilizar a linguagem uniformizada descrita na 3ª revisão da terminologia estandardizada mínima (MST) [9] do *World Endoscopy Organization Committee for standardization and terminology* [9].** A SPED reconhece, no entanto, que a utilização das tabelas do MST para descrever os achados de procedimentos rotineiros é trabalhosa e morosa.
6. **A utilização de relatórios completos pré-definidos padronizados para procedimentos normais ou com poucas alterações, ou a conjugação de textos pré-definidos para relatórios mais complexos, é mais simples e eficiente.** Outras formas mais céleres de produzir relatórios estruturados, usando simultaneamente terminologia estandardizada, foram previamente descritos [1]. Uma delas é a utilização de relatórios completos padronizados já existentes no programa de relatórios, para procedimentos normais ou com poucas alterações. A outra é a combinação de vários textos pré-definidos que origina igualmente um relatório estruturado e completo. Qualquer uma destas abordagens permite a produção de relatórios estruturados, com todos os achados codificados e que poderão preencher automaticamente a secção de diagnósticos.
7. **Os dados devem ser introduzidos de forma estruturada em todas as secções do relatório, incluindo os achados e diagnósticos.** A utilização de dados estruturados é fundamental para possibilitar a extração fácil de informações em formatos universais com finalidade clínica, administrativa ou académica [7,8]. Para facilitar esta utilização, os dados deveriam ser automaticamente associados a codificações estandardizadas como o ICD-10 ou o SNOMED-CT [1,6].
8. **É papel das sociedades científicas trabalhar em conjunto com as empresas de *software* para estas produzirem programas de relatórios estruturados completos.** Infelizmente, tanto quanto é do nosso conhecimento, nenhuma solução informática estruturada que produza relatórios completos e com codificação automática está disponível em Portugal, apesar de existir fora do país há vários anos [1]. A SPED procurará envolver-se para ultrapassar esta lacuna.



9. **Os dados disponíveis à posteriori como os resultados histológicos, os eventos adversos ou plano de seguimento deverão poder ser adicionados ao relatório endoscópico**, tal como também é referido nas recomendações da WCOG e ESGE [7,8].

10. **Os softwares de relatório devem incluir campos individualizados para indicadores de qualidade, definidos pelas sociedades científicas** [7,8], facilmente editáveis e atualizáveis de acordo com as recomendações das mesmas [10,11].

11. **Alguns itens do relatório são específicos de determinados procedimentos endoscópicos**. Recomenda-se a utilização dos itens mínimos relativos a cada procedimento propostos nas recomendações do WCOG [6].

12. **A documentação iconográfica é um componente fundamental do relatório endoscópico**. Além disso a aquisição de imagens e vídeos endoscópicos é cada vez mais fácil e barata, dada a disseminação de *hardware* e *software* com capacidade de captura de imagem, bem como o custo cada vez menor do armazenamento de dados.

13. **Devem ser captadas por rotina 10 fotografias normais específicas numa endoscopia digestiva alta e 9 fotografias normais específicas numa colonoscopia**[12]. Recomenda-se a aquisição das fotografias dos seguintes marcos anatómicos na endoscopia digestiva alta[10]: esófago proximal, esófago distal, linha Z ou indentação diafragmática, cárdia e fundo em retroflexão, corpo (incluindo pequena curvatura), corpo em retroflexão, incisura em retroflexão parcial, antro, bulbo duodenal, segunda porção duodenal incluindo a papila de Vater. Em relação à colonoscopia, recomenda-se a captura das seguintes fotografias[13]: reto distal em retroflexão, reto distal (2 cm proximalmente à margem anal), sigmoide médio, cólon descendente imediatamente distal ao ângulo esplénico, cólon transverso imediatamente proximal ao ângulo esplénico, cólon transverso imediatamente distal ao ângulo hepático, cólon ascendente imediatamente proximal ao ângulo hepático, cego e válvula ileocecal, cego e colo apendicular.

14. **A documentação iconográfica de qualquer lesão ou área de patologia difusa é fundamental** [6].

15. **Nas lesões focais do tubo digestivo alto deverão ser captadas fotografias que mostrem a lesão em relação com referências anatómicas**, o que não é fácil na colonoscopia ou na enteroscopia. Uma fotografia com a pinça aberta pode ser útil para documentar o tamanho da lesão. Para determinadas lesões, uma fotografia com ampliação ou *near-focus*, ou técnicas de imagem avançada como o *NBI*, *BLI*, *LCI*, *FICE*, *i-SCAN* ou corantes pode também ser relevante [6].
16. **Na patologia difusa, as fotografias devem mostrar a extensão e gravidade das lesões e a linha de demarcação com a mucosa normal se existir**. Para áreas limitadas recomenda-se uma fotografia panorâmica à distância e uma fotografia próxima à lesão. Para áreas mais difusas recomendam-se fotografias que mostrem a área com maior severidade de cada segmento envolvido e as lesões típicas [6].
17. **Os procedimentos terapêuticos também devem ser documentados** incluindo fotografias pré-procedimento, fotografias intra-procedimento relevantes e resultado pós-procedimento [6].
18. **A documentação iconográfica das complicações também é recomendada**.
19. **A documentação em vídeo não é obrigatória** [6]. Recomenda-se aquisição vídeo de forma opcional de patologia ou procedimentos relevantes, dados os custos e logística associada serem cada vez menos relevantes.

Referências

1. Groenen MJ, Kuipers EJ, van Berge Henegouwen GP et al. Computerisation of endoscopy reports using standard reports and text blocks. The Netherlands journal of medicine 2006; 64: 78-83
2. Rutter MD, Rees CJ. Quality in gastrointestinal endoscopy. Endoscopy 2014; 46: 526-528
3. Beaulieu D, Barkun AN, Dube C et al. Endoscopy reporting standards. Canadian journal of gastroenterology = Journal canadien de gastroenterologie 2013; 27: 286-292
4. Groenen MJ, Ajodhia S, Wynstra JY et al. A cost-benefit analysis of endoscopy reporting methods: handwritten, dictated and computerized. Endoscopy 2009; 41: 603-609
5. Korman LY. Standardization of endoscopy reporting: deja vu all over again? Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association 2012; 10: 956-959



Data: 28/06/2019

6. Aabakken L, Barkun AN, Cotton PB et al. Standardized endoscopic reporting. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2014; 29: 234-240
7. Bretthauer M, Aabakken L, Dekker E et al. Requirements and standards facilitating quality improvement for reporting systems in gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2016; 48: 291-294
8. Bretthauer M, Aabakken L, Dekker E et al. Reporting systems in gastrointestinal endoscopy: Requirements and standards facilitating quality improvement: European Society of Gastrointestinal Endoscopy position statement. *United European gastroenterology journal* 2016; 4: 172-176
9. Aabakken L, Rembacken B, LeMoine O et al. Minimal standard terminology for gastrointestinal endoscopy - MST 3.0. *Endoscopy* 2009; 41: 727-728
10. Bisschops R, Areia M, Coron E et al. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2016; 48: 843-864
11. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2017; 49: 378-397
12. Marques S, Bispo M, Pimentel-Nunes P et al. Image Documentation in Gastrointestinal Endoscopy: Review of Recommendations. *GE Port J Gastroenterol* 2017; 24: 269-274
13. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy* 2012; 44: 957-968