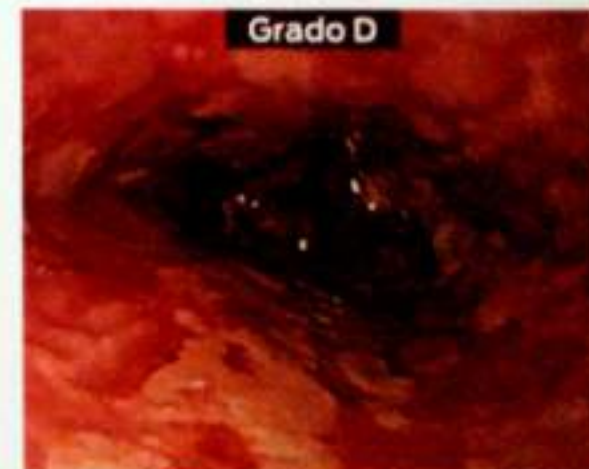
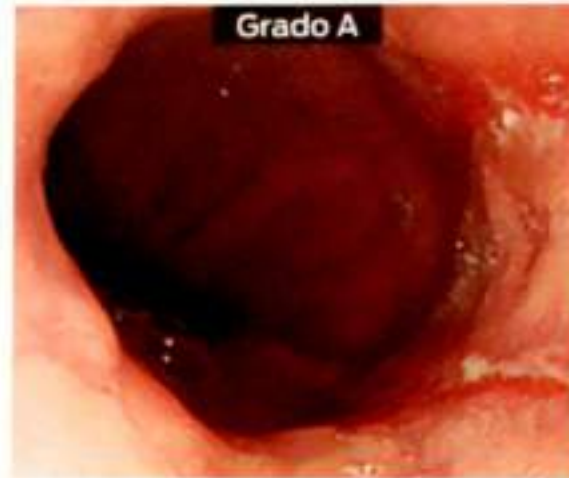


ESCALAS DE CATEGORIZACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

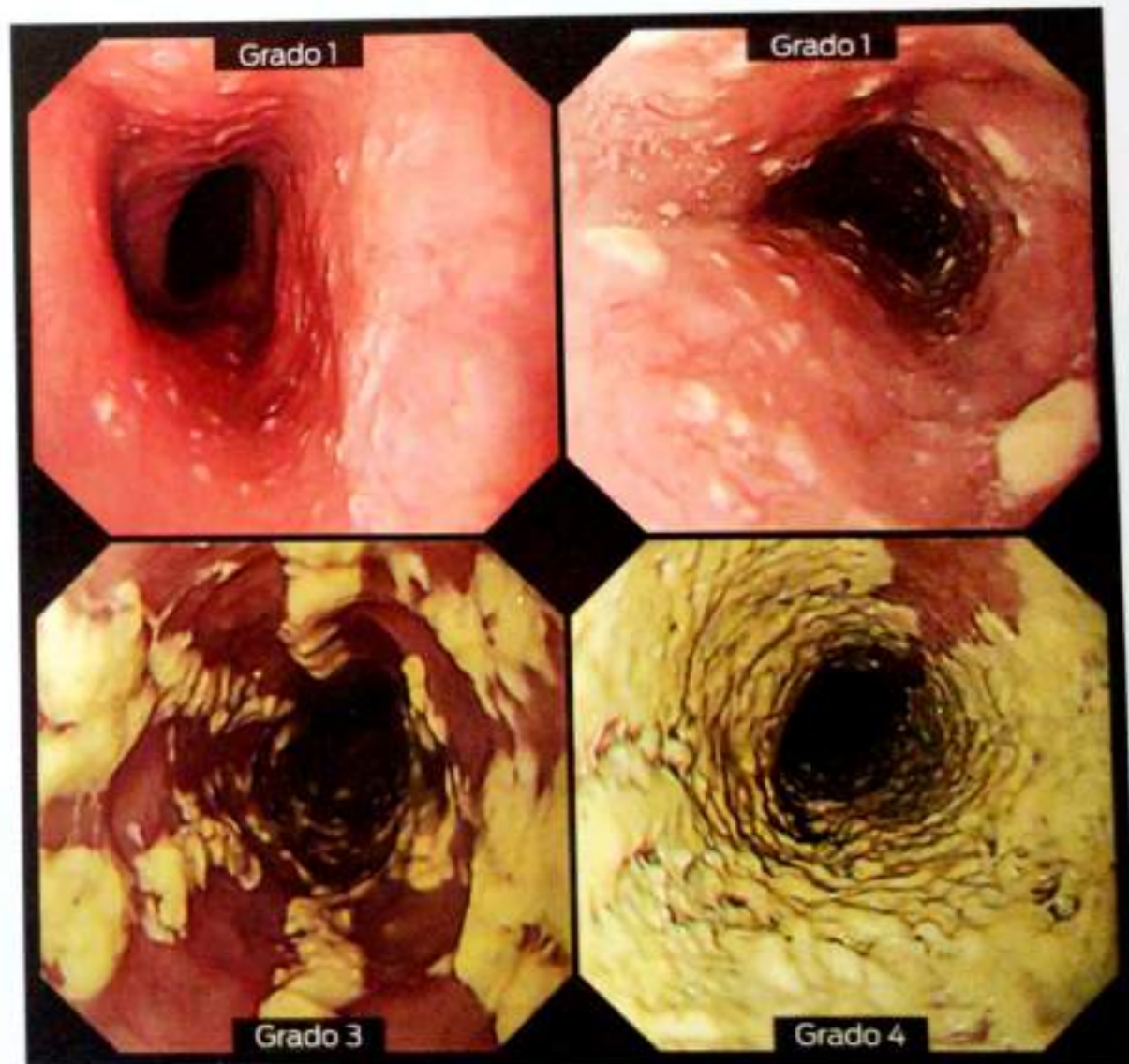
Esofagitis por reflujo: escala de Los Ángeles.¹⁻⁴

Grado A		Una o más erosiones de la mucosa no mayores de 5mm, que no confluyen entre sí y que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues mucosos.
Grado B		Una o más erosiones de la mucosa mayores de 5mm, que no confluyen entre sí y que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues mucosos.
Grado C		Una o más erosiones de la mucosa que confluyen entre sí y que se extienden entre la parte superior de dos pliegues mucosos, pero que involucran menos del 75% de la circunferencia esofágica.
Grado D		Una o más erosiones de la mucosa que involucran al menos 75% de la circunferencia esofágica.

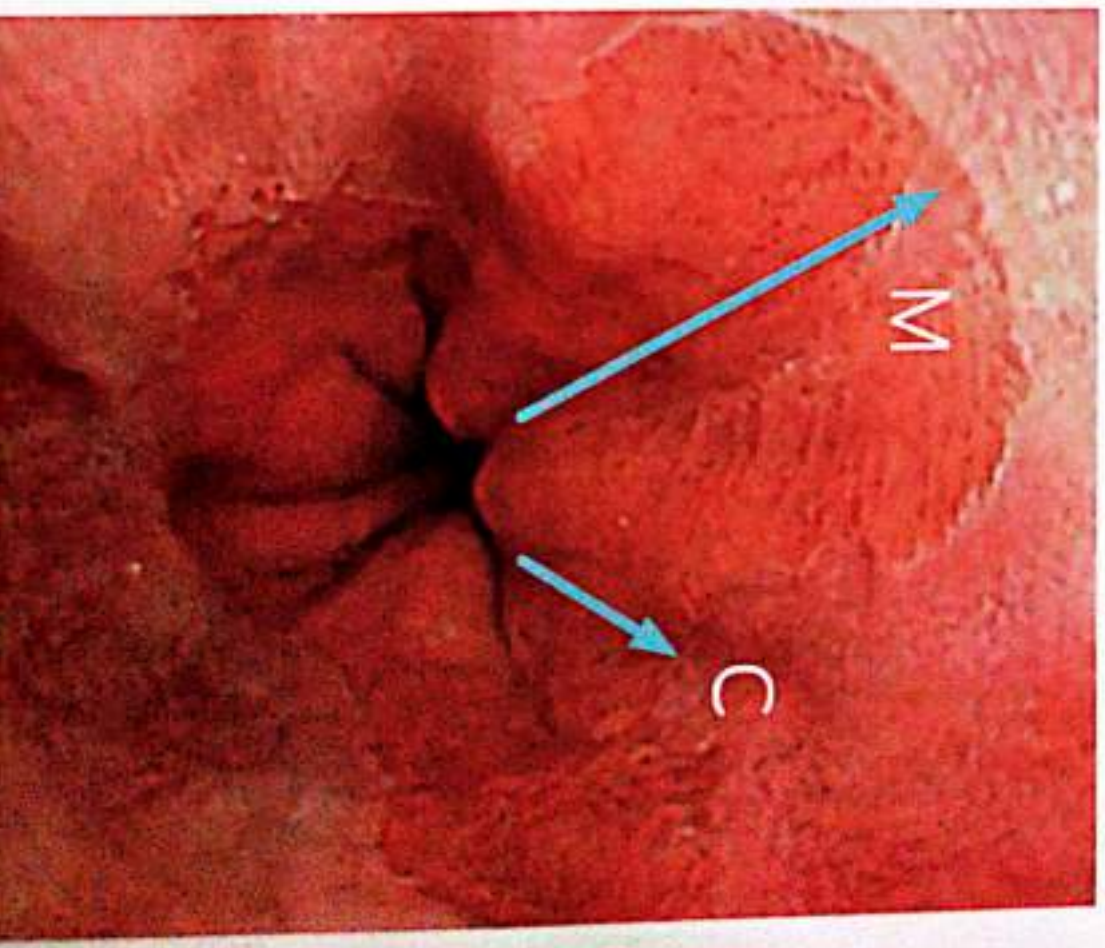
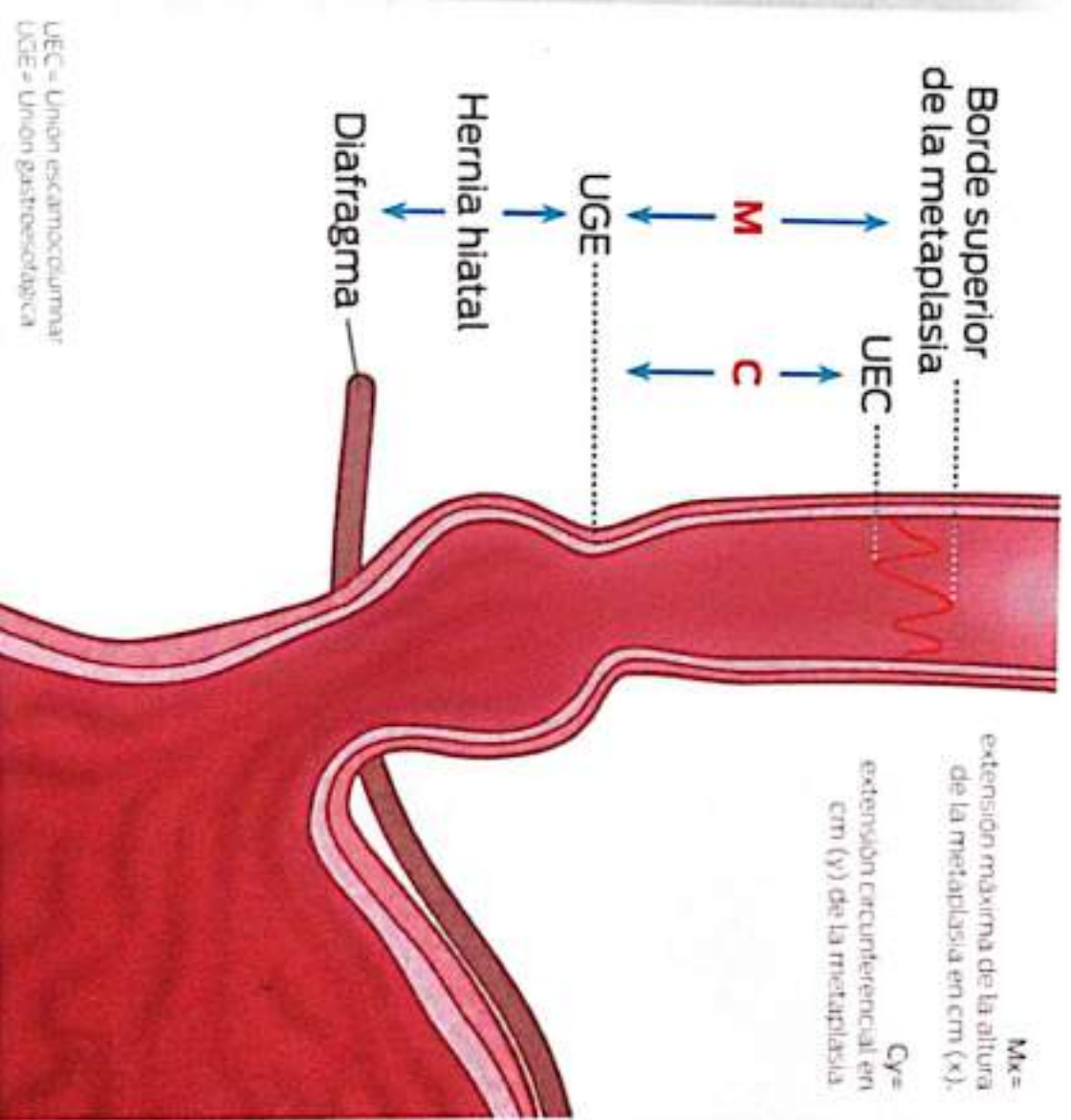


ESCALA DE CANDIDIASIS ESOFÁGICA: CLASIFICACIÓN DE KODSI.⁹⁻¹²

Grado	Descripción
0	Aspecto normal
1	Algunas placas blanquecinas \leq 2 mm
2	Múltiples placas blanquecinas $>$ 2 mm, hiperemia
3	Ulceración de la mucosa, placas nodulares y lineales confluentes, hiperemia
4	Grado 3 + friabilidad de la mucosa y estrechamiento de la luz esofágica

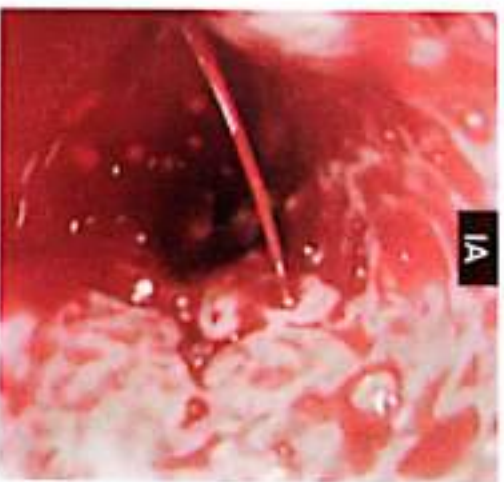
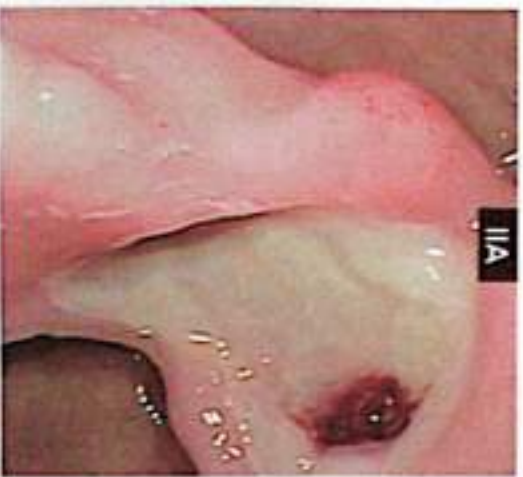


ESCALA DE ESÓFAGO DE BARRETT: CLASIFICACIÓN DE PRAGA, 17-20












ESCALA DE ÚLCERA PÉPTICA: CLASIFICACIÓN DE FORREST. 21-26

Grado	Tipo de lesión/Descripción	Riesgo de resangrado
IA	Sangrado activo pulsátil	90%
IB	Sangrado activo difuso en capa	50-55%
IIA	Vaso visible	25-43%
IIB	Coágulo adherido	10-22%
IIC	Úlcera plana con fondo de hematina.	7-10%
III	Úlcera con fondo de fibrina	3-5%







ESCALA DE LESIONES PRECANCEROSAS TEMPRANAS: CLASIFICACIÓN DE PARÍS. 27-30

Aspecto endoscópico	Clasificación	Descripción
Lesiones protruyentes	 O-Ip	Pólipo pedunculado típico
	 O-Isp	Pólipo semipedunculado (subpedunculado)
	 O-Is	Pólipo sénil
	 O-Ila	Lesión plana con ligera elevación regular
	 O-Ila + c	Lesión plana con ligera elevación regular en los márgenes y discreta depresión central
Lesiones planas elevadas	 O-Ila + Is	Lesión plana con nódulo elevado de base amplia
	 O-Ilb	Lesión completamente plana sin cambio mucoso
	 O-Ilc	Depresión ligera de la mucosa
	 O-III	Lesión excavada

En la práctica clínica suele primarse el O-Ia = Neovascular; MIIa = Muscular mucosa; SIIa = Submucosa; MIIb = Muscular propia; A = Adhérica



ESCALA DE LESIONES CANCEROSAS GÁSTRICAS AVANZADAS: CLASIFICACIÓN DE BORRMANN.⁴⁰⁻⁴⁴

Tipo/ estadio	Descripción
1	 <p>Tumor polipoide</p>
2	 <p>Tumor ulcerado con bordes sobresalientes</p>
3	 <p>Tumor ulcerado infiltrante</p>
4	 <p>Tumor infiltrante difuso (linitis plástica)</p>

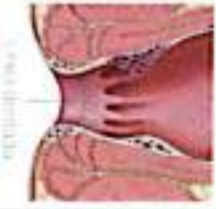





ESCALA BOSTON DE LA PREPARACIÓN INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA. 45-49

Puntaje	Descripción
0	Segmento sin preparar, la mucosa no es visible por la presencia de heces sólidas que no se pueden eliminar
1	Se observan algunas áreas de la mucosa del segmento colónico debido a la presencia de heces residuales o contenido líquido turbio
2	Visualización de la mucosa; escasa cantidad de residuos fecales líquidos o pequeños fragmentos de heces
3	Visualización completa de la mucosa del segmento colónico, sin residuos fecales ni líquido opaco o pequeños fragmentos de heces



ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORROIDES INTERNAS. 50-54

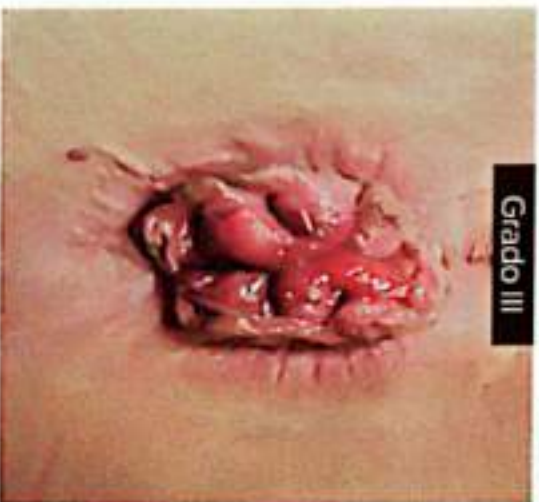
Grado	Descripción	
I		Vasos hemorroidales prominentes, sin prolapso. Anoscopia: las hemorroides no llegan a la línea pectínea.
II		Prolapso por debajo de la línea dentada durante el esfuerzo, con reducción espontánea. Anoscopia: las hemorroides tocan la línea pectínea pero no la sobrepasan.
III		Prolapso durante el esfuerzo que requiere de reducción manual. Anoscopia: las hemorroides sobrepasan la línea pectínea pero se reducen con el paso del equipo.
IV		Prolapso crónico que no puede reducirse manualmente. Anoscopia: las hemorroides sobrepasan la línea pectínea y no se reducen con el equipo.



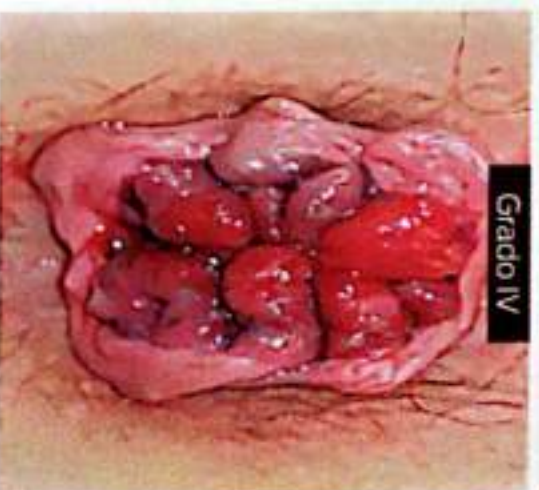
Grado I



Grado II



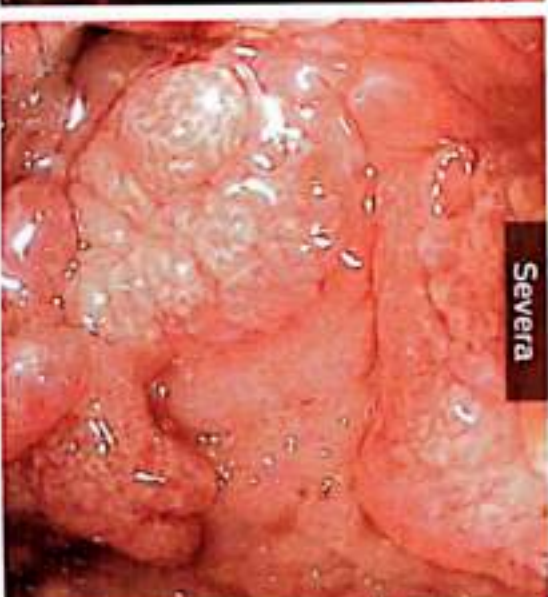
Grado III



Grado IV

ESCALA DE ACTIVIDAD DE COLITIS ULCERATIVA: MAYO CLINIC, 61-64

Puntos	Descripción
0	Normal o colitis inactiva
1	Colitis leve: friabilidad y eritema leves, discreta reducción de la vascularización
2	Colitis moderada: friabilidad y eritema marcados, ausencia de patrón vascular, erosiones visibles
3	Colitis severa: ulceraciones y sangrado espontáneo



CRITERIOS DE CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA - ASGE. 69

Indicador de calidad	Descripción	Indicador de calidad	Descripción
Preprocedimiento	1. Documentación apropiada de indicación de la colonoscopia	Intraprocedimiento	9. Medición del tiempo de inspección y retirada del endoscopio: el cual debe ser de más de 6 minutos
	2. Obtención de consentimiento informado		10. Frecuencia de toma de biopsias en pacientes con diarrea crónica. Biopsia de ileon, ciego y recto como mínimo
	3. Registro de las unidades de endoscopia del cumplimiento de plazos e intervalos de colonoscopias en pacientes con resultados negativos y limpieza colónica adecuada		11. Frecuencia de toma de muestras (biopsias) en pacientes con colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn. Preferiblemente dirigidas a zonas de mucosa irregular o a biopsias de cada segmento del colon
	4. Registro por parte de las unidades de endoscopia del cumplimiento de plazos e intervalos en colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn de acuerdo a grupos de riesgo		12. Tasa de resección de pólipos, pedunculados o sésiles < 2 cm
	5. Documentación de preparación Intestinal usando una escala (ej: Boston)		13. Registro de las tasas de incidencia de perforación por tipo de procedimiento y hemorragia pospolipectomía en las unidades de endoscopia
Intraprocedimiento	6. Registro por parte de las unidades de endoscopia de la frecuencia de colonoscopias con adecuada preparación. Más de 85% de las colonoscopias ambulatorias deben tener una preparación adecuada	Posprocedimiento	14. Tasa de hemorragia pospolipectomía manejada sin cirugía
	7. Documentación de visualización del ciego (tasa de intubación cecal). Preferiblemente fotodocumentación		15. Frecuencia de seguimiento colonoscópico luego de revisión de hallazgos histológicos
	8. Tasa de detección de adenomas en colonoscopias de tamización. Mas de 25% de las colonoscopias		