



GUIA DE RECOMENDACIÓN ACHED - SCHGE PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DURANTE EL BROTE DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Estas guías se basan en la evidencia actual y recomendaciones de diferentes organismos, es una información dinámica, la que debe ser ajustada de acuerdo a la realidad de cada unidad de endoscopía.

El principal enfoque de estas recomendaciones es:

1.- En centros que continúan realizando procedimientos ambulatorios, implementar una selección de pacientes para categorizar riesgo de infección por SARS-CoV-2:

- Medidas de protección para el personal de salud al realizar procedimientos endoscópicos en pacientes con bajo riesgo de infección**

- Sugerencia de no realizar procedimientos ambulatorios en pacientes de mediano y alto riesgo de infección**

2.- En pacientes de mediano y alto riesgo de infección hospitalizados o en casos de urgencia se especifican las medidas de protección para el equipo de salud al realizar procedimientos endoscópicos.

Introducción:

En diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue informada de múltiples casos de neumonía de etiología desconocida, cuyo origen se localizó en Wuhan (China), encontrando un nuevo coronavirus, llamado SARS-CoV-2, cuya enfermedad respiratoria se conoce como el COVID-19.

Desde entonces, se han confirmado más de 100,000 casos en todo el mundo, con realidades conocidas, como lo sucedido en Italia, España, EEUU y actualmente en America del Sur, teniendo a Chile como eje central de este análisis. Dada esa veloz evolución, el 11 de marzo del 2020, la OMS ha declarado la infección como una pandemia, lo que cambia el perfil oficial y la conducta que debemos llevar como comunidad.

Los síntomas más comunes del COVID-19 son fiebre, fatigabilidad, tos y diarrea con alta transmisibilidad y una letalidad mayor a la gripe estacional.

La transmisión conocida, se tipifica como persona a persona, mediante contacto directo, gotitas y secreciones corporales (incluyendo en forma importante saliva - deposiciones). Es por esto, que si bien el personal de las unidades de endoscopía, no participa activamente en el diagnóstico, ni manejo de estos pacientes, si presenta una elevada exposición al COVID-19, por lo que debe considerarse como una intervención de alto riesgo, no solamente en los procedimientos, sino también en la recolección de muestras biológicas, tanto en paciente sintomáticos, como en asintomáticos.

Estas guías tienen como objetivo la priorización de la actividad endoscópica, la más alta autoprotección del equipo y mantener un entorno de seguridad para los pacientes (transmisibilidad).

Definición de infección por SARS-CoV-2

El promedio de incubación del virus es de aprox. 5,5 días, con un rango de 0 a 14 días. Los antecedentes basados en los países con más casos, indican que alrededor de un 80% de los pacientes tienen enfermedad asintomática o leve, en un promedio de edad menor de 60 años. Estos datos nos indican, que un número significativo de pacientes sometidos a una endoscopia digestiva, puede caer en la categoría de portador asintomático, tomando mayor fuerza las medidas preventivas.

La estratificación de riesgo es fundamental, catalogando los subgrupos de pacientes COVID-19:

1. **COVID-19 “potencial”**: cualquier persona que haya estado en contacto con un paciente con infección confirmada, y/o haya regresado de un país de alto riesgo, en los 14 días previos al inicio de los siguientes síntomas: fiebre (incluso sin síntomas respiratorios), tos, sospecha de infección respiratoria alta o baja (con o sin fiebre), infección respiratoria aguda grave, que requiere ingreso hospitalario y/o evidencia clínica / radiológica de neumonía.
2. **Contactos COVID-19**: (1) personas que viven en el mismo hogar de un paciente con infección confirmada; (2) personas con contacto directo con un paciente infectado (sin considerar duración de exposición) y/o con sus fluidos biológicos, sin la protección y/o manipulación adecuada; (3) personas que se expusieron a menos de 2 metros de un paciente con infección confirmada, sin mediar las precauciones de aislamiento adecuadas.
3. **Países de alto riesgo**: China, Europa, etc, categoría en constante dinamismo, con actualización continua. (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travellers/index.html>).

Manejo del paciente y estratificación de riesgo.

En el momento de la indicación de un procedimiento endoscópico se sugiere al médico tratante informar al paciente la urgencia de realizar este procedimiento. Si a juicio del médico tratante es un procedimiento diferible hasta el término de esta emergencia de salud pública debe informarlo a su paciente y así evitar que concurra a un centro médico.

En los centros médicos que mantengan atención ambulatoria, cada paciente programado para procedimiento endoscópico, debe ser sometido a **estratificación individual de riesgo**. Sugerimos que se efectúe de la siguiente forma:

1.- Llamada el día anterior al procedimiento (Primer filtro): El equipo de secretaría o enfermería deberá llamar a todos los pacientes confirmados por tabla, efectuando una encuesta estructurada, con el Check list indicado en la descripción de infección “potencial”. Esto puede generar dos escenarios: (1) Sugerir al paciente que consulte a su médico y reprogramar procedimiento; (2) Confirmar, que reúne condiciones para presentarse en la unidad al día siguiente.

PREGUNTAS SUGERIDAS

En los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre (> 37.5 °C), tos, dolor de garganta o problemas respiratorios?. ¿Ha usado Paracetamol y/o medicamentos para el control de síntomas respiratorios o fiebre?

¿Ha tenido contacto familiar o cercano con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19?

¿En los últimos 14 día ha visitado áreas con riesgo de COVID-19?

2.- Sala de espera general (segundo filtro): Mantener aseo frecuente y distancias recomendados por el equipo de infectología. Se recomienda colocar información tipo “pendones” y/o “carteles” alusivos a la situación, síntomas y riesgo. El personal de secretaría y/o enfermería, al recibir a los pacientes, deberá entregar y aplicar la misma encuesta efectuada el día anterior, a modo de filtrar casos “potenciales”. En el caso de reunir alguno de los criterios, se debe informar al endoscopista antes del ingreso.

3.- Pacientes derivados desde otros centros: Se deberá aplicar mismo protocolo de llamada el día anterior y recepción con encuesta.

4.- Sala de preparación (tercer filtro): Se recomienda control de signos vitales, que incluya temperatura corporal. En todos aquellos pacientes con T^o axilar igual o > de 37,5^o (sin uso de fármacos), debe diferirse el procedimiento endoscópico y definir conducta según protocolo de cada institución.

5.- Estratificación de riesgo: con los datos anteriormente expuestos, los pacientes pueden clasificarse en **bajo, intermedio y alto riesgo**, lo que se traduce en diferentes modalidades de precaución.

Clasificación del riesgo potencial de infección por SARS-CoV-2 en pacientes sometido a examen endoscópico

Riesgo BAJO

SIN síntomas (p. Ej., Tos, fiebre, disnea, diarrea)

NO hay antecedente de contacto con pacientes SARS-CoV-2 positivo

NO haber permanecido en un área de alto riesgo durante los 14 días anteriores (dato variable y dinámico).

Riesgo MODERADO

Pacientes SINTOMATICOS

- **SIN antecedente de contacto con paciente SARS-CoV-2 positivo**
- **NO haber permanecido en un área de alto riesgo durante los 14 días previos al examen**

Pacientes ASINTOMATICOS

- **Contacto con paciente SARS-CoV-2 positivo**
- **SI haber permanecido en un área de alto riesgo durante los 14 días anteriores al examen**

Riesgo ALTO

Pacientes SINTOMATICOS + 1 de las siguientes condiciones:

- **Contacto con paciente SARS-CoV-2 positivo**
- **SI haber permanecido en un área de alto riesgo durante los 14 días previos al examen**

TODOS los procedimientos de URGENCIA serán considerados de ALTO RIESGO (siempre que no puedan ser estratificados adecuadamente)

Protección y cuidados del personal en la unidad de endoscopia

En cada procedimiento, la necesidad de protección personal se hace más necesaria que nunca. Para esto definiremos el EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (EPP) como la suma de protecciones utilizadas para prevenir el contagio. Separaremos las medidas necesarias y la utilización de los EPP según niveles de protección:

Nivel 1: Personal que permanece en la sala de endoscopia y no entra en contacto con el paciente (Ej: personal de aseo).

- Gorro
- Mascarilla quirúrgica
- Guantes de procedimiento
- Zapatos de trabajo (cubrecazado)

Nivel 2: Personal de salud en contacto con un paciente NO sospechoso en el triage (riesgo BAJO de infección por SARS-CoV- 2)

- Gorro
- Mascarilla quirúrgica
- Guantes de procedimiento
- Bata o cubierta de protección desechable
- Protector ocular (antiparra o mascara de protección frontal)
- Protector de zapatos (cubrecazado)

Nivel 3: Personal de salud en contacto con un paciente de riesgo MODERADO O ALTO o POSITIVO para infección por SARS-CoV-2

- Gorro
- Mascarilla de alta seguridad (N95 / FFP2 ó 3)
- Guantes dobles
- Bata o cubierta de protección desechable
- Protector ocular (antiparra o mascara de protección frontal)
- Protector de zapatos (cubrecazado)

Precauciones para el personal de endoscopia y código de vestimenta

Todo el personal que trabaja en la unidad de endoscopía, deberá estar en sintonía con las formas de protección y prevención, es así como la Enfermera de la unidad, deberá estar en continua supervisión de la ejecución de las precauciones estándares.

- Sala de preparación y recuperación: Al menos 1.5 mt de distancia entre los pacientes (asegurar flujo adecuado).

- Minimizar el uso de lápices, teléfonos celulares, hojas de registro y cualquier otro elemento que pueda constituirse como fomite (elemento que se contamina y puede transmitir patógenos).
- **Lavado de manos obligatorio** con agua y jabón o con un desinfectante para manos a base de alcohol, antes y después de toda interacción con el paciente, elementos potencialmente infecciosos y antes de colocar y eliminar los EPP.
- El uso y tipo de los EPP será en base a la estratificación de riesgo del paciente (desechables).
- Los pasos de instalación y retiro de los EPP deben ceñirse estrictamente a la guía desarrollada por el equipo de infectología de cada centro.
- El paciente debe lavar sus manos con agua y jabón o alcohol gel al ingresar al pabellón de endoscopia.
- Se recomienda ropa de trabajo tipo “scrub”, que sea retirada para lavado al final de la jornada o de inmediato ante la sospecha de contaminación.

Flujo para pacientes y familiares

Se recomienda que el paciente sea acompañado por un solo familiar, mayor de edad.

No se recomienda que los familiares / acompañantes ingresen a la sala de endoscopia, ni a las unidades de preparación y recuperación.

Mantener distancia entre pacientes / familiares de más de 1 mt en sala de espera. En pacientes hospitalizados, se recomienda un circuito sin parada en la sala de recuperación, evitar espacios comunes con pacientes atendidos en régimen ambulatorio.

Papel de la sala de presión negativa en el brote de COVID-19.

Existen recomendaciones como la de la sociedad norteamericana de endoscopia digestiva (ASGE), que menciona el uso de presión negativa en las salas de endoscopia, sin embargo, estamos al tanto de la dificultad de contar con ese tipo de unidades en los centros de trabajo. Por lo tanto, sería aconsejable que aquellos

pacientes de “alto riesgo” y “positivos” para SARS-CoV-2 en los que se ha determinado la necesidad de la endoscopía de urgencia, solamente se efectúen en unidades equipadas con esta tecnología, o en su defecto sean efectuadas fuera del departamento de endoscopia. Teniendo en cuenta que posterior al estudio, la unidad de endoscopía requerirá del aseo terminal apropiado, el que deberá ser vigilado y supervisado por la enfermera de la unidad.

Reprocesamiento de endoscopios flexibles y accesorios endoscópicos.

Si seguimos las pautas actualizadas en forma estricta y protocolizada, la transmisión de cualquier tipo de virus es extremadamente rara o inexistente.

Reforzar la capacitación y supervisión continua del personal de endoscopía, con el fin de que use los implementos de protección (EPP) en forma adecuada, durante el reprocesamiento.

Recalcar el aseo de las superficies en la unidad de desinfección de alto nivel (DAN).

Una adecuada política de reprocesamiento, nos ayudará a mantener un método seguro y eficiente para prevenir la propagación de la infección.

Descontaminación y limpieza para salas de endoscopia

Cada unidad de endoscopia debe tener un plan para adecuada limpieza de las salas.

Debe incluir el método y los agentes químicos necesarios. El proceso debe incluir las superficies potencialmente contaminadas o expuestas.

Las paredes y suelo pueden presentar un biofilm que puede ampliar riesgo de infección.

No existen datos confirmados sobre la estabilidad y/o eficacia virucida específica en CoV-2 (datos disponibles de los otros Coronavirus).

Se sabe que el coronavirus es estable en las heces y la orina durante al menos 1 a 2 días.

1. **Desinfección tipo “aseo terminal”:** Considerar como “**intensamente contaminado**” toda la superficie de la sala en donde se efectuó la

endoscopia, en aquellos pacientes con **riesgo intermedio o alto de COVID-19**. Desinfección al final de cada procedimiento (manual de infecciones intrahospitalarias).

2. **Desinfección tipo “estándar”**: Mantener para las salas de endoscopía, luego de atendidos los pacientes que NO son COVID-19, o los de bajo riesgo. Pauta estándar de aseo (manual de infección intrahospitalaria).
3. **Tiempo entre pacientes con riesgo intermedio, alto, o COVID-19 (+): (1) Salas con presión negativa**: se sugiere un espacio de aproximadamente 30 minutos antes de efectuar un nuevo procedimiento, esto es debido a que las partículas pequeñas permanecen en el aire durante algún período de tiempo. **(2) Salas sin presión negativa**: como medida alternativa esta la ventilación del lugar con aire limpio del exterior y mantener la habitación sin uso por al menos 1 hora.

Planificación estratégica de la unidad de endoscopía.

Dado que el equipo de endoscopía tiene un rol fundamental en la continuidad de la atención, complementariamente se recomienda, que en la **fase de mayor transmisión** (denominada fase 4), cada unidad (según su realidad), **cierre la atención ambulatoria** y considere la división en al menos 2 equipos de reacción endoscópica, solo orientados a la resolución de las urgencias, teniendo el soporte del otro equipo, para el recambio en caso de que uno de los involucrados presente la enfermedad, situación en la que todo el grupo deberá salir a cuarentena por 14 días.

Conclusiones

Los médicos encargados y los que trabajan en las unidades de endoscopia, tenemos la responsabilidad de velar por la salud, vida de nuestros pacientes y equipo clínico. Este reto también involucrará el autocuidado, ya que, es de crucial importancia mantener la continuidad de la atención.

Las próximas semanas serán difíciles, pero solo unidos y trabajando protocolizadamente cumpliremos el objetivo, aportando en el control de la enfermedad.

Referencias:

1. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission Jinyang Gu, MD, Bing Han, MD, Jian Wang, MS.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054> 
2. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. Fei Xiao, Meiwen Tang, Xiaobin Zheng, Ye Liu, Xiaofeng Li, Hong Shan.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.055>. 
3. Suggestions of Infection Prevention and Control in Digestive Endoscopy During Current 2019-nCoV Pneumonia Outbreak in Wuhan, Hubei Province, China Zhang Yafei, Zhang Xiaodan, Liu L, Wang Hongling and Zhao Qiu.
<http://www.worldendo.org/2020/02/05/weo-alert-wuhan-proposal-for-safety-in-digestive-endoscopy/> 
4. SIED. Grupo interdisciplinario inter sociedades y cátedras. Manejo clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. 12 de marzo 2020.
5. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. Repici A, Maselli R, Colombo M et al. GIE March 2020
6. Recomendaciones de la SEED: Protección en Unidades de Endoscopía frente al COVID-19