

GUIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS Y COVID-19

Autoras: Regional Centro Dra. Mabel Muguero. Dra. María Eugenia Passadore (ADAARC)

Integrantes Equipo Federal de Visado Secretarios Científicos :
Regional NOA (Fernando Rioja)
Regional NEA (Daniel Valenzuela);
Regional RBA (Jardio Isod)
Regional AARBA (Marcelo Campos);
Regional Patagonia (Ma. Fernanda Castro) Regional Litoral (Rodrigo Guirin) ,
Regional Centro (Daniel Cabrera) ;
Regional Cuyo (Enrique Zorrilla)

En las salas de endoscopia están presentes, de forma simultánea, todos los mecanismos de transmisión de esta enfermedad: gotas, aerosolización y contacto. Deben ser consideradas como ambientes contaminados.

La ruta de infección fecal – oral transmite el virus aún sin que el paciente presente diarrea. En el 20% de los pacientes con COVID-19, el ARN viral permanece positivo en materia fecal, incluso después de ser negativo en el tracto respiratorio. Esto puede deberse a la abundante expresión de la proteína ACE2, un receptor para el SARS-CoV-2 requerido para la entrada celular, en la capa epitelial del tracto gastrointestinal.

Las endoscopías digestivas altas (VEDA) producen aerosoles ya que durante el procedimiento el paciente puede aspirar, toser, vomitar y requerir aspiración de secreciones; las endoscopias bajas (VCC) generan aerosoles por los gases intestinales, y se agrega la insuflación del aparato digestivo por el endoscopio.

Además de generarse aerosoles, en las salas de endoscopia hay otras fuentes potenciales de contacto: contacto estrecho de persona a persona, contacto con entorno contaminado con fluidos gastrointestinales, salida de fluidos al retirar o insertar accesorios a través del canal de trabajo de los endoscopios.

Aunque los procedimientos endoscópicos rara vez se requieren para pacientes infectados con COVID-19, es prudente considerar a todos los pacientes como potencialmente infectados, especialmente en hospitales altamente involucrados en el brote.

Se deben suspender todos los procedimientos programados con fines diagnósticos, fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo. Se recomienda diferir los estudios.

Limitar las endoscopías a procedimientos de urgencia y terapéuticos: hemorragias digestivas, colangitis que requieran ERCP, extracción de cuerpo extraño, obstrucción de tracto gastrointestinal, pacientes con cáncer (paliación de obstrucción biliar, VEDA y VCC irremplazables, biopsias) *

Estratificación de pacientes:
El día anterior al procedimiento, llamar al paciente y realizar encuesta sobre presencia de síntomas relacionados con COVID-19. Reprogramar según estado del paciente y síntomas.

Cuando el paciente llega al hospital, realizar tamizaje para estratificar riesgo COVID-19. Verificar temperatura corporal.

* PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DURANTE COVID-19

ENDOSCOPIAS URGENTES	ENDOSCOPIAS SEMI URGENTES (discutir caso por caso)	ENDOSCOPIAS SELECTIVAS (diferir hasta nuevo aviso)
<ul style="list-style-type: none"> . Sangrado digestivo. . Sepsis biliar. . Cuerpo extraño. . Obstrucción gastrointestinal que requiere stent. . Acceso para alimentación urgente. 	<ul style="list-style-type: none"> . Tratamiento endoscopio de neoplasias gastrointestinales (mucosectomías) . Endoscopias para casos altamente sospechosos de cáncer. . ERCP para cáncer de páncreas/hepatobiliares 	<ul style="list-style-type: none"> . Todas las endoscopias diagnósticas de rutina. . Vigilancia y seguimientos (Barret, metaplasias, cáncer gastrointestinal) . Endoscopias terapéuticas para enfermedades no-oncológicas. . Evaluación de cirugía Bariátrica. . Otros casos de ERCP (cálculos asintomáticos, etc)

Se recomienda una declaración jurada en donde el paciente exprese ausencia de síntomas compatibles con COVID-19.

En el consentimiento informado debe incluirse el riesgo de adquirir la infección en la sala de endoscopia.

Todos los pacientes que ingresen a la unidad de endoscopia deben usar un barbijo quirúrgico. Además, aquellos clasificados como de riesgo intermedio o alto deben usar barbijo quirúrgico y guantes. El barbijo debe retirarse justo antes de comenzar el procedimiento.

Restringir al mínimo la cantidad de personal en la sala de endoscopia.

La planificación del flujo de circulación es necesaria para la seguridad del paciente y del personal y para implementar medidas adecuadas de prevención y control de infecciones. Debe delimitarse claramente una zona contaminada, una zona potencialmente contaminada y una zona limpia. Se necesitan flujos de circulación para permitir pasajes unidireccionales designados para el transporte de equipos usados / contaminados (como endoscopios) para evitar la contaminación cruzada con equipos limpios / desinfectados.

Es necesario contar con contenedores con tapa para la eliminación del EPP usado.

Considerar cubrir los aparatos de endoscopia (pantalla y procesador) con un nylon o plástico. Esto facilitará su posterior limpieza.

Colocación del EPP del personal de salud según protocolo.

	BAJO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	ALTO RIESGO
Definición	<ul style="list-style-type: none"> . Sin síntomas (ni tos, ni fiebre, ni disnea, ni diarrea). . Sin contacto con alguien SARS-CoV- 2 positivo. . Sin estadía en área de alto riesgo durante los 14 días previos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Presencia de síntomas con: <ul style="list-style-type: none"> - No historial médico para contacto con alguien con SARS-CoV-2 positivo. - Sin estadía en área de alto riesgo durante los 14 días previos. . Sin síntomas, pero con: <ul style="list-style-type: none"> - Contacto con alguien SARS-CoV-2 positivo. - Estadía en área de riesgo durante los 14 días previos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Al menos un síntoma positivo más alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Contacto con alguien SARS-CoV-2 positivo. - Estadía en área de riesgo durante los 14 días previos.
EPP sugerido	<ul style="list-style-type: none"> . Barbijo quirúrgico . Cofia . Gafas . Bata descartable . Guantes 	<ul style="list-style-type: none"> . VEDA considerar como de Alto Riesgo. . VCC considerar como de Bajo Riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> . N95/FFP2/FFP3 . Cofia . Gafas . Total face . Bata hidrófoba . 2 pares de guantes
Sala de Endoscopia		. Presión negativa (preferente) *	. Presión negativa (preferente)*
Vestimenta del paciente	<ul style="list-style-type: none"> . Bata . Barbijo quirúrgico (retirar antes de comenzar el procedimiento y recolocar una vez recuperado de la anestesia) . Lavado de manos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Bata . Barbijo quirúrgico (retirar antes de comenzar el procedimiento y recolocar una vez recuperado de la anestesia) . Lavado de manos . Guantes 	<ul style="list-style-type: none"> . Bata . Barbijo quirúrgico (retirar antes de comenzar el procedimiento y recolocar una vez recuperado de la anestesia) . Lavado de manos. . Guantes

*de no ser posible, realizar los procedimientos endoscópicos en salas de presión negativa ubicadas por fuera del departamento de endoscopías.

Manejo de la Vía Aérea

- Valoración de la vía aérea: realizar los test de valoración habituales, como historia de dificultad previa, distancia tiromentoniana menor a 6 cm o esternomentoniana menor a 12 cm, movilidad cervical, perímetro cervical.
- Se desaconseja Test de Mallampatti en pacientes COVID-19.
- Valorar riesgo- beneficio de intubación orotraqueal para un procedimiento de tan corta duración, si bien algunas publicaciones lo recomiendan.
- Oxigenación mediante Cánula nasal a bajo flujo 5 l/min (VNI), con la recomendación de usar una máscara facial por encima del abreboca o mordillo, a través del cual puede ser insertado el endoscopio. Para minimizar la emisión de gotas, se coloca una válvula de goma hecha con un guante en el puerto del endoscopio. Es importante garantizar una sujeción perfecta de la máscara mediante el sistema de bandas elásticas.



De Marchese, M, et al. "Use of a modified ventilation mask to avoid aerosolizing spread of droplets for short endoscopic procedures during coronavirus covid-19 outbreak". Journal Pre-proof

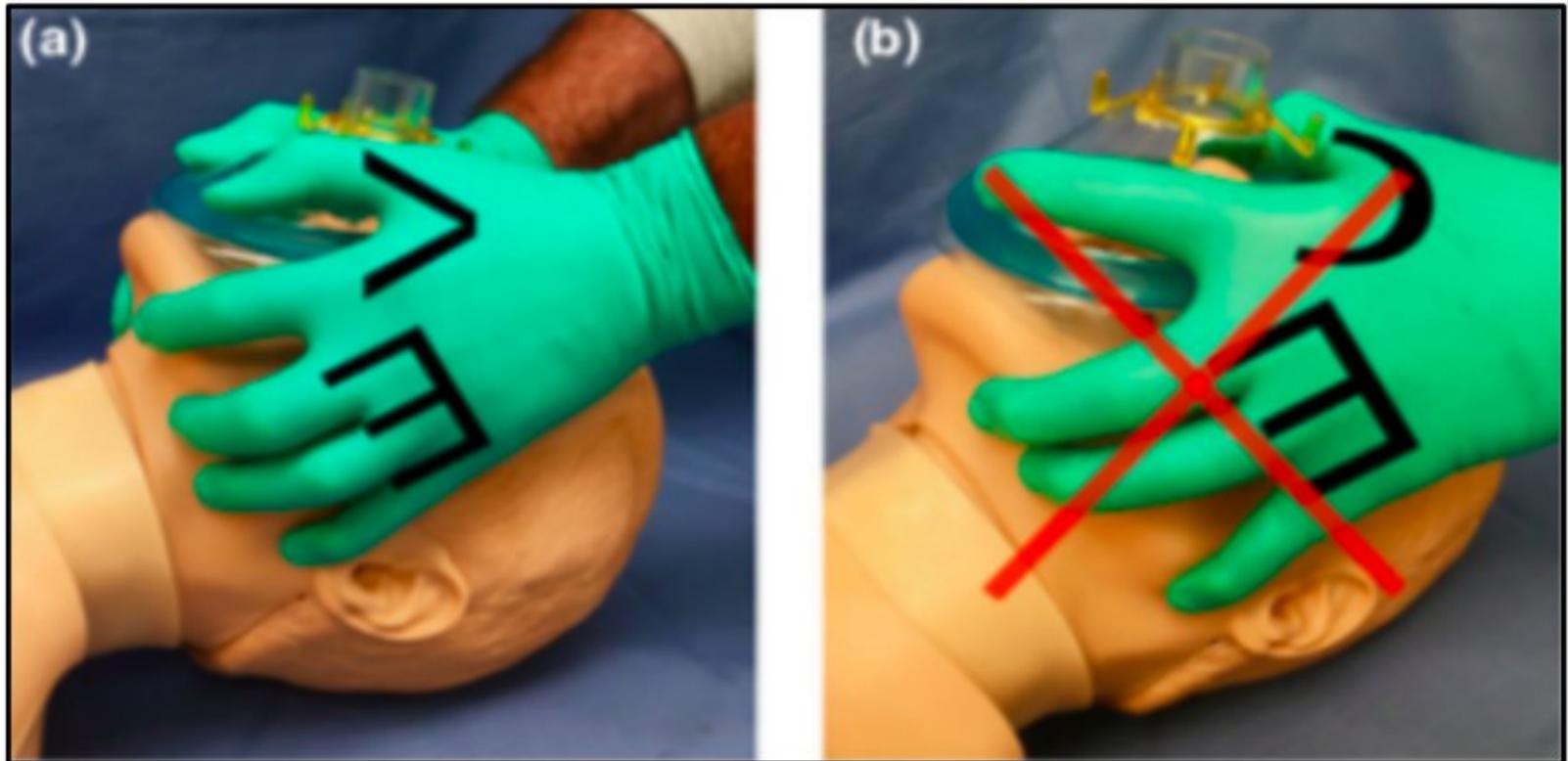
- También, si está disponible, se podría utilizar una “Máscara Endoscópica” o “Endo Mask”, que permite la ventilación simultáneamente al paso del endoscopio. También se debería un sellado con un guante de látex, como medida protectora.



- Si bien es recomendable evitar la ventilación manual, en caso de ocurrir desaturación del paciente, necesitar asistirlo, y no contar con elementos anteriormente descritos, se podría usar máscara facial, con protección con nylon o plástico transparente, previamente preparada.
Procurar correcto sellado de la máscara a la cara del paciente.
Colocar filtro HMEF entre máscara facial y circuito Mapleson.



Ventilar con la “Técnica dos manos, dos personas”



a) Técnica bolsa-máscara “dos manos y dos personas” con la posición de la mano VE; la segunda persona aprieta la bolsa.

b) La posición de la mano C, que debe evitarse.

De Cook et al. “Covid-19 airway management principles”. Anesthesia 2020

- Si es necesario IOT o si se decide intubar desde el inicio del procedimiento según valoración riesgo/beneficio: pre oxigenar con O₂ al 100% durante 5 minutos con máscara facial; realizar Inducción de secuencia rápida. Intubación y extubación según protocolo.
- No se recomienda el uso de dispositivos supraglóticos.

Es recomendable que el endoscopista que realiza el procedimiento, no conecte el insuflador del equipo endoscópico, hasta no haber traspasado la orofaringe del paciente.

P
O
S
T

P
R
O
C
E
D
I
M
I
E
N
T
O

El barbijo debe colocarse nuevamente una vez que el paciente se haya recuperado de la sedación lo suficiente como para mantener la saturación de oxígeno por encima del 90% en aire ambiente.

Los familiares y/o acompañantes de los pacientes no deben ingresar al departamento de endoscopia.

Se recomienda el seguimiento telefónico de los pacientes a los 7 y 14 días post procedimiento.

En el caso de salas de presión negativa, se sugiere un retraso de aproximadamente 30 minutos antes de permitir que un nuevo paciente entre en la sala.

En ausencia de salas de presión negativa, se deben considerar medidas alternativas como airear y mantener la sala vacía durante al menos 1 hora, Debido a que las partículas pequeñas permanecen en el aire durante un período de tiempo,

R
E
P
R
O
S
A
M
I
E
N
T
O

D
E
L
E
N
D
O
S
C
O
P
I
O

Todos los endoscopios y material fungible reutilizable se someten al procedimiento de reprocesamiento y desinfección habitual y estandarizado.

Los desinfectantes utilizados serán los habituales con propiedades bactericida, micobactericida, fungicida y virucida.

Con las pautas estrictas de reprocesamiento actuales, el riesgo de transmisión de cualquier tipo de virus es extremadamente raro o inexistente.

El SARS.Cov-2 19 es muy estable sobre superficies. Se ha encontrado que permanece viable en aerosoles durante 3 horas, en plástico y acero inoxidable hasta 72 horas mientras que sobre el cobre no se encuentra virus viable a las 4 horas. En cartón no se encontró virus viable a las 24 horas.

Tras la realización de la endoscopia de cualquier paciente, se debe realizar la desinfección y limpieza de las superficies y materiales con las que ha estado en contacto el paciente y/o sus secreciones tanto en la sala de endoscopia como en la de recuperación post-sedación, prestando una especial atención a elementos como las barandillas de las camillas y el sensor del pulsioxímetro.

Bibliografía

- William Otero, MD, Martín Gómez, MD, et al. Procedimientos endoscópicos y pandemia COVID-19 Consideraciones básicas. Rev Colomb Gastroenterol / 35 (1) 2020.
- Alessandro Repici, Roberta Maselli, et al. Brote de coronavirus (COVID-19): lo que el departamento de endoscopia debe saber.
- T. M. Cook, K. El-Boghdadly, et al. Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19. Anaesthesia 2020
- Roy Soetikno, Anthony YB. Teoh, et al. Considerations in performing endoscopy during the COVID-19 pandemic. Journal Pre-Proof. Gastrointestinal Endoscopy (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.3758>.
- Asociación española de Gastroenterología, Sociedad Española de Patología Digestiva. Recomendaciones generales de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) sobre el funcionamiento en las unidades de endoscopia digestiva y gastroenterología con motivo de la pandemia por SARS-CoV-2. 18 de Marzo 2020.
- Tiing Leong Ang. Gastrointestinal endoscopy during COVID-19 pandemic. Article accepted. doi: 10.1111/jgh.15048
- Rashid N Lui, Sunny H Wong. Overview of guidance for endoscopy during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Article accepted. doi: 10.1111/jgh.15053
- Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Recomendaciones de la SEED: Protección en Unidades de Endoscopia frente al COVID-19. 13 de marzo 2020.
- Entrenamiento en Vía aérea Latinoamérica (EVALa -CLASA). Valoración y Manejo de la Vía Aérea en Paciente con Enfermedad COVID-19 . Abril, 2020
- Marchese M, et al. Use of a modified ventilation mask to avoid aerosolizing spread of droplets for short endoscopic procedures during coronavirus covid-19 outbreak. Journal Pre- proof to appear in Gastrointestinal Endoscopy <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.3853>

