

# Documento de posicionamiento **AEG-SEED** para el reinicio de la actividad endoscópica tras la fase pico de la pandemia por COVID-19

#reinicioGastro

Publicado el 24/04/2020 por:



Con la adhesión de:



Asociación Española de Enfermería  
en Endoscopia Digestiva (AEEED)



Asociación Castellana de Aparato  
Digestivo (ACAD)



Sociedad de Aparato Digestivo  
de Extremadura (SADEX)



Sociedad de Aparato Digestivo de  
la Región de Murcia (SADR)



Sociedad Andaluza de Patología  
Digestiva (SAPD)



Societat Balear D'Aparell  
Digestiu (SBAD)



Sociedad Canaria de Patología  
Digestiva (SCPD)



Societat Catalana de  
Digestologia (SCD)



Sociedad Española de Patología  
Digestiva (SEPD)



Sociedad Gallega de Patología  
Digestiva (SGPD)



Sociedad Valenciana de Patología  
Digestiva (SVPD)



Sociedad Vasco-Navarra de  
Patología Digestiva (SVNPD)

## INTRODUCCIÓN

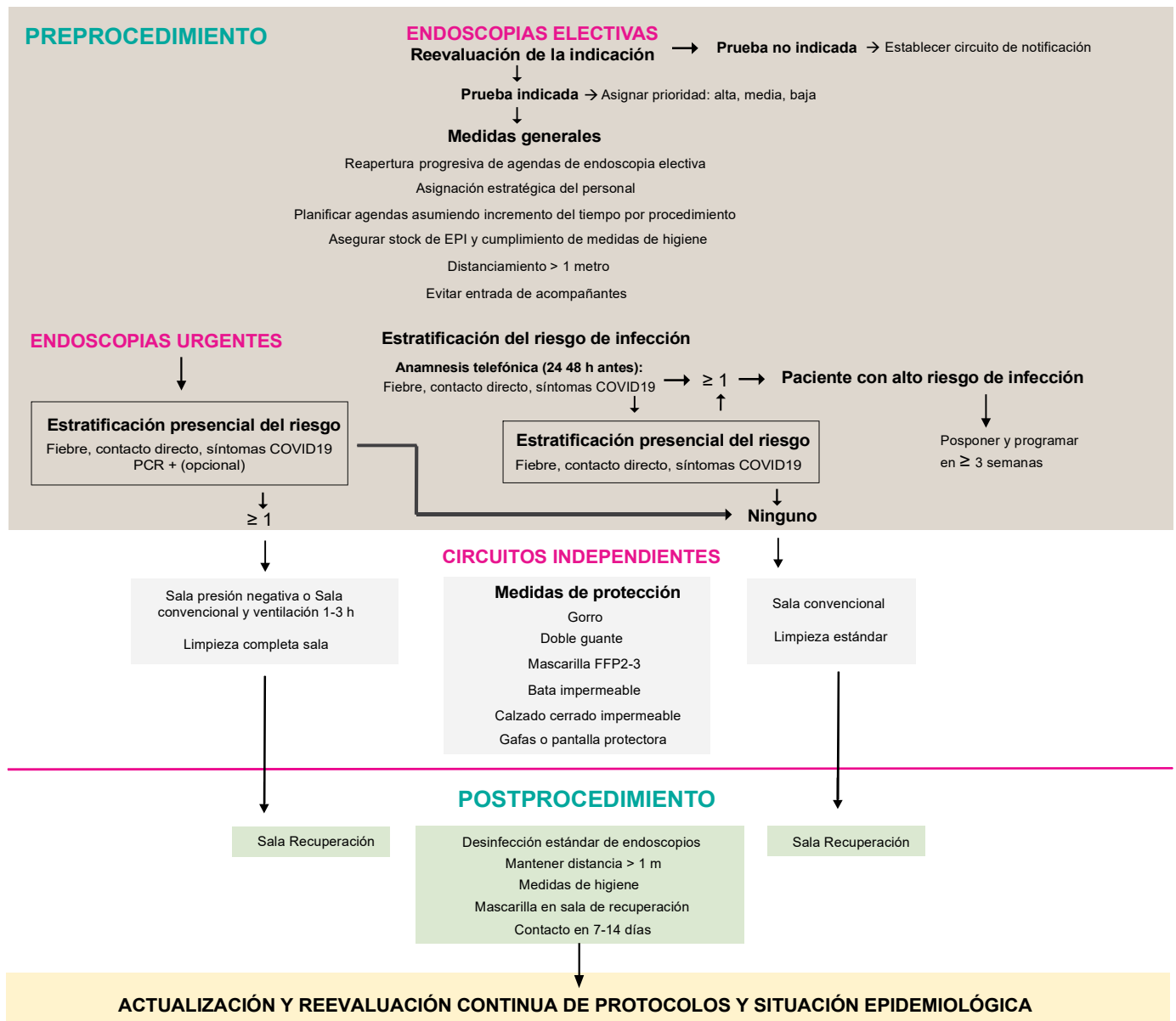
En marzo y abril de 2020, la mayoría de las Unidades de Endoscopia del país decidieron suspender su actividad programada durante varias semanas para reducir el riesgo de transmisión de la infección por SARS-CoV-2 en el medio hospitalario. El presente documento persigue facilitar la labor de los responsables y de los demás profesionales de las Unidades de Endoscopia. Se pretende apoyar la toma de decisiones en un contexto nuevo y especialmente complejo, que permita la **reprogramación de los procedimientos anulados** durante la fase más aguda de la pandemia, y su **realización de forma segura**.

## MÉTODOS

Se formularon preguntas consideradas de relevancia clínica y logística para el reinicio de la actividad endoscópica. Se realizó una revisión sistemática de la literatura, sin restricción de idioma, fecha o diseño. Se consultaron la bibliografía de los trabajos revisados y otros artículos de interés durante la elaboración de las respuestas mediante búsquedas no sistematizadas. Se revisaron las recomendaciones vigentes por parte de instituciones nacionales, internacionales y de las principales sociedades científicas de gastroenterología y endoscopia digestiva con fecha 17 de abril de 2020. Las recomendaciones finales se consensuaron entre todos los autores por vía telemática.

## SUMARIO DE RECOMENDACIONES

La Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) realizan las siguientes recomendaciones (Fig.1):



## PREPROCEDIMIENTO

1. Reiniciar la actividad endoscópica de **forma escalonada**, adaptada a los **recursos locales** y a la situación epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2.
2. Reevaluar la **indicación de la endoscopia** y priorizar aquellas donde el beneficio esperado sea mayor.
3. **Priorizar los procedimientos** endoscópicos en función de la **probabilidad de encontrar lesiones** clínicamente relevantes.
4. **Monitorizar los resultados** del plan de priorización.
5. Establecer un **registro de las solicitudes evaluadas** en la lista de espera de procedimientos endoscópicos, su nivel de prioridad y los motivos de anulación, cuando corresponda.
6. Registrar en la **historia clínica** el motivo de suspensión de un procedimiento programado cuando éste se anule por considerarse inadecuado.
7. Asegurar la transmisión de la **comunicación** entre los agentes implicados en el proceso: especialistas evaluadores, facultativos, peticionarios y pacientes.
8. Cribar la infección por SARS-CoV-2 mediante **anamnesis dirigida** en todos los pacientes.
9. No existe evidencia disponible que apoye la eficiencia del cribado universal a todos los pacientes con **PCR y/o detección de anticuerpos**. Razones de disponibilidad, coste y rendimiento diagnóstico hacen que no se pueda recomendar todavía su uso sistemático como estrategia de cribado.
10. Demorar los **casos electivos sospechosos** de COVID-19. El resto, se llevarán a cabo como si todos los pacientes estuvieran potencialmente infectados, mientras el área sea de alto riesgo.
11. Establecer **reuniones de todo el equipo** de trabajo de la Unidad de Endoscopia para dar a conocer los protocolos de actuación y confirmar que se siguen de la manera establecida.
12. El empleo de mascarilla quirúrgica, así como el **distanciamiento físico** aconsejado por la OMS, durante las reuniones del equipo de trabajo.
13. No permitir el paso de los **acompañantes** del paciente al interior de la Unidad de Endoscopia salvo en casos seleccionados.
14. Que los **pacientes** mantengan una distancia interpersonal mínima de 1-2 metros durante su paso por las dependencias de la UE.
15. Facilitar mascarillas de **protección**, ropa hospitalaria y una adecuada higiene de manos en los pacientes.
16. **Reajustar el tiempo asignado a cada endoscopia** y el volumen de procedimientos, debido a la necesidad de implementar medidas de seguridad e higiene adicionales.

## PROCEDIMIENTO

17. Establecer un **circuito independiente** para los pacientes con alta sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2.
18. Fomentar la aplicación de medidas básicas de **higiene** para la prevención de la infección en todo el personal.
19. Utilizar equipos de protección individual (**EPI**) en todo el personal sanitario involucrado en la realización de un procedimiento endoscópico (**Tabla 1**).
20. No realizar un procedimiento endoscópico si no se dispone de los EPI necesarios para garantizar la seguridad de la endoscopia.
21. No utilizar de forma sistemática **barreras adicionales** sobre el área nasobucal del paciente. La utilidad y eficiencia de estas medidas, así como la aplicación de otras barreras sobre las válvulas del endoscopio, deben evaluarse en el seno de protocolos de investigación.

22. Suplementar la oxigenoterapia con  **mascarillas con filtro de exhalado**  en pacientes con alta sospecha o infección confirmada por SARS-CoV2 que se realicen una colonoscopia. Si no se dispone de estos dispositivos, recomendamos colocar una mascarilla quirúrgica por encima de las gafas nasales o mascarilla tipo Venturi.
23. Los procedimientos en pacientes con alta sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 sean realizados por el **personal experimentado** estratégicamente asignado.
24. Promover la participación de los **residentes** de Aparato Digestivo en los procedimientos endoscópicos en paciente con bajo riesgo de infección por SARS- CoV-2, siempre y cuando se disponga de los recursos necesarios que garanticen la seguridad del procedimiento.
25. Evitar la **toma de muestras** biológicas durante la endoscopia cuando el impacto clínico del resultado sea previsiblemente marginal.
26. Realizar el **procesamiento de muestras** biológicas siguiendo los protocolos estandarizados de bioseguridad para sustancias con alta capacidad infectiva.

## POSTPROCEDIMIENTO

27. Realizar la **desinfección y reprocesamiento** de los endoscopios siguiendo los protocolos habituales.
28. No reutilizar los dispositivos de **un solo uso**.
29. Asignar **personal de limpieza** dedicado exclusivamente a la Unidad de Endoscopia.
30. Aplicar protocolos para la **limpieza y desinfección de las salas** de endoscopia y de los materiales que hayan contactado con el paciente o con sus secreciones.
31. Gestionar los **residuos** siguiendo los protocolos locales cada centro para material con alta capacidad infectiva categoría B (UN3291).
32. Mantener la **distancia interpersonal** de 1-2 metros, las medidas de higiene básicas y el flujo independiente de pacientes en las salas de recuperación.
33. Considerar la implantación de programas de **seguimiento de los pacientes** entre los 7-15 días después del procedimiento para valorar la aparición de síntomas compatibles con infección por SARS-CoV-2.

**Tabla 1. Equipos de protección individual recomendados en la Unidad de Endoscopia**

Lugar	Equipo de protección individual (EPI)
Sala de endoscopia	Mascarilla FFP2-FFP3/N95-N99/PAPR* Gorro desechable Bata impermeable de manga larga desechable Doble guante** Protector ocular o pantalla protectora facial Protector de zapatos desechable o calzado cerrado impermeable de material no poroso fácilmente limpiable
Sala de limpieza Sala de procesamiento de biopsias	Mascarilla FFP2/N95*** Bata impermeable de manga larga desechable Guantes Protector ocular o pantalla protectora facial Protector de zapatos desechable o calzado cerrado impermeable de material no poroso fácilmente limpiable
Zona de recepción o triaje	Mascarilla quirúrgica Guantes (opcional) Distancia de 1-2 metros Barrera física o pantalla protectora
Área administrativa	Mascarilla quirúrgica Guantes (opcional) Distancia de 1-2 metros Barrera física si hay disponibilidad
Sala de espera	Mascarilla quirúrgica Guantes (opcional) Distancia de 1-2 metros

\*Recomendamos priorizar el uso de mascarillas FFP3 en pacientes con alta sospecha o infección confirmada por SARS-CoV2. Las mascarillas deben ajustarse correctamente a la fisonomía facial del personal sanitario.

\*\* El uso de doble guante frente a guante único ha demostrado disminuir el riesgo de contaminación durante la retirada del EPI.

\*\*\* No existe evidencia que demuestre el beneficio de este tipo de mascarillas durante el reprocesamiento de endoscopios. Hasta que exista un mayor conocimiento, recomendamos su uso si se encuentran disponibles.