

DOCUMENT DE POSICIONAMENT:

RECOMANACIONS DE LA SOCIETAT CATALANA DE DIGESTOLOGIA I DE LA SOCIETAT CATALANA D'ENDOSCOPIA DIGESTIVA MÈDICO-QUIRÚRGICA PEL RESTABLIMENT DE L'ACTIVITAT D'ENDOSCOPIA SEGONS L'EVOLUCIO DE LA PANDEMIA PER COVID-19

Autors:

Marco Antonio Alvarez (1), Francesc Balaguer (2), Luis Barranco (1), Xavier Bessa (1), Xavier Calvet (3), Juan Colán (4), Jorge Espinós (5,6), Maria Esteve (5), Jordi Gordillo (7), Joan B. Gornals (8), Jordi Guardiola (8), Carlos Guarner Argente (7), , Miquel Masachs (9), Alfredo Mata (6,10), Liseth Rivero (2), Francisco Rodriguez Moranta (8), Hugo Uchima (4,6), Carme Loras (5).

(1) Hospital del Mar, (2) Hospital Clínic de Barcelona, (3) Hospital Parc Taulí, (4) Hospital Germans Trias i Pujol, (5) Hospital Universitari Mútua Terrassa, (6) Centro Médico Teknon, (7) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, (8) Hospital Universitari de Bellvitge, (9) Hospital de la Vall d'Hebron, (10) Hospital Broggi.

Correspondència:

Carme Loras Alastruey

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Email: cloras@mutuaterrassa.cat / cloras76@hotmail.com

Índex:

- 1) Introducció**
- 2 Aspectes relacionats amb la prioritització i reprogramació de les proves endoscòpiques**
- 3) Aspecte relacionats amb la seguretat**
 - 3.1 Cribratge dels pacients i personal**
 - 3.2 EPIs**
- 4) Aspectes relacionats amb l'estructura**
 - 4.1 Progressió de l'activitat**
 - 4.2 Mesures generals**
 - 4.3 Volum de l'activitat**
- 5) Bibliografia**
- 6) Annex 1. Criteris de prioritització i reprogramació de les exploracions endoscòpiques establerts per l'AEG-SEED**
- 7) Annex 2. Recomanacions de la ESGE per la prioritització i reprogramació de les exploracions endoscòpiques**

1. Introducció

Davant la situació d'Emergència Sanitària a Catalunya degut a la pandèmia per la COVID-19 causada pel virus SARS-CoV-2, la Societat Catalana de Digestologia (SCD) i la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Mèdico-Quirúrgica (SCMQ) van formular unes recomanacions a les unitats d'endoscòpia per tal de contenir la propagació de la malaltia. Un cop superada la primera fase de la pandèmia i en el context d'un progressiu descens dels casos hospitalitzats, es planteja com reprendre a una activitat de les unitats d'endoscòpia, adaptada en fases segons l'evolució de la pandèmia.

Les prioritats del document han estat dos:

Oferir la màxima qualitat en l'atenció als nostres pacients i mantenir un alt nivell de protecció, tant pels pacients com pel personal sanitari.

Per això un grup d'especialistes de les dos societats han elaborat unes recomanacions per tal d'estructurar la tornada progressiva a una activitat adaptada a l'evolució de la pandèmia per tal que sigui el més ràpida possible, sempre tenint en compte tant la seguretat del pacient com la del personal de les unitats d'endoscòpia.

2. Aspecte relacionats amb la priorització i reprogramació de les proves endoscòpiques.

2.1 Per tal de prioritzar i reprogramar en funció de la gravetat, es recomana seguir els criteris de priorització establerts per l'AEG-SEED. El document encara està en fase d'elaboració, pel que s'annexa un full d'Excel provisional, (Annex 1). Es recomana programar inicialment aquelles exploracions de prioritat 1. Posteriorment procedirem, en funció de les disponibilitats de cada unitat, a programar les de menor prioritat, de manera progressiva. S'entén que aquests criteris son un ajut a la decisió, però no substituiran el criteri clínic i en molts casos es precisarà d'una valoració individual cas per cas. També s'adjunten les

recomanacions de la ESGE ja publicades per la prioritització i reprogramació de les proves endoscòpiques (Annex 2, figura 2).

2.2 En el cas de les Endoscòpies digestives baixes (EDB) per símptomes a les que es pretengui descartar una neoplàsia de còlon-recte es proposa realitzar primer un test immunològic de sang oculta a la femta per valorar la seva prioritització. Es recomana realitzar primer aquelles exploracions amb una prova positiva (punt de tall de > 10 ug/g, adaptable a les capacitats de cada unitat).

2.3 Es recomana modificar el circuit de sol·licitud d'exploracions endoscòpiques provinents dels metges d'atenció primària. En aquest sentit es recomana no programar noves peticions de rutina provinents d'atenció primària fins a la normalització de l'activitat i la realització de les d'exploracions que es considerin preferents actualment diferides.

Es recomana establir sistemes de coordinació amb atenció primària per tal de donar suport a la prioritització de les proves i garantir que aquesta s'ajusti a les presents recomanacions. En aquest sentit es pot valorar la creació de circuits que facilitin la realització de el test de sang oculta en femta i l'ús de sistemes àgils de comunicació com són les consultes virtuals

2.4. Es recomana no reactivar el programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte. Per tant, caldrà acordar amb els responsables del programa que no es reactivi l'enviament de cartes per convidar a participar mitjançant la determinació de sang oculta en femta fins al restabliment de l'activitat adaptada post-pandèmia.

Els participants d'aquest programa que prèviament a la situació d'emergència sanitària tinguin un resultat de sang oculta en femta positiu, es programarà una colonoscòpia amb els criteris de prioritització de la AEG-SEED (Annex 1) .

3. Aspecte relacionats amb seguretat.

Els aspectes de seguretat es podran modificar a mesura que disposem de mètodes serològics fiables que demostrin que la població i el personal d'endoscòpia ha adquirit immunitat.

3. 1. Cribratge de tots els pacients i personal:

3.1.1. Pacients: Per programar les proves endoscòpiques es imprescindible determinar si el pacient presenta una infecció per SARS-CoV-2.

Es recomana:

a. Triatge telefònic previ: Un a tres dies abans de l'endoscòpia es realitzarà una entrevista estructurada sobre els símptomes i contactes. Si el pacient presenta símptomes de COVID 19 o ha tingut contacte íntim recent amb un pacient COVID positiu, es diferirà l'endoscòpia i l'avaluació prèvia unes 2-3 setmanes fins el pacient estigui asimptomàtic.

b. Triatge amb test previ: Un a tres dies abans de l'endoscòpia es realitzarà un frotis nasal i faringi amb determinació de la PCR del SARS-CoV-2 a tots els pacients. En cas d'un resultat positiu es diferirà l'endoscòpia fins que es comprovi que s'ha superat la fase contagiosa (2-3 setmanes). Les úniques excepcions seran les endoscòpies amb indicació de risc vital (generalment, hemorràgia digestiva alta o baixa, impactació de cos estrany i colangitis obstructiva).

c. Triatge el dia de la prova: es demanarà als pacients que informin sobre l'aparició de nous símptomes, es tornarà a realitzar una entrevista estructurada de símptomes i contactes, i una presa de temperatura corporal.

d. En cas de que no es disposi d'una PCR del pacient abans de l'endoscòpia o dubtes de la fiabilitat de la mateixa (retard >3-4 dies entre data PCR - data programació), es procedirà a la prova amb totes les precaucions recomanades per a pacients amb COVID 19.

3.1.2. Personal Sanitari. Es recomana el cribratge setmanal de tot personal d'endoscòpia amb PCR per SARS-CoV-2 amb frotis nasal i faringi.

3.2 EPIs. En funció de si el pacient és COVID + o no el nivell de protecció serà de risc alt o intermedi respectivament. Es seguirà les recomanacions ja establertes per la SCD i la SCMQ. Estan disponibles a la web de la SCD com a document de posicionament. D'acord amb aquest document, tot el personal d'endoscòpia haurà de poder disposar del material de protecció adequat segons la implicació que es tingui amb el procediment.

4 . Aspecte relacionats amb l'estructura:

4.1 Progressió de l'activitat: Es recomana progressar a l'activitat adaptada post-pandèmia en un sistema de tres fases. La progressió d'una fase a un altre es farà en funció de que es disposi dels recursos necessaris. El moviment entre fases pot ser bidireccional depenent de la situació epidemiològica. Per tant, les fases seran dinàmiques i seria possible tant tornar a una fase prèvia com progressar a una fase més avançada.

De forma general, es recomana anular l'activitat programada en un període d'almenys 2 setmanes, i anar programant les proves de pacients prioritzats seguint les recomanacions de l'AEG-SEED.

Fase 1: Correspon al funcionament d'endoscòpia en el període de pandèmia. Els recursos i personal d'endoscòpia estan dedicats de manera pràcticament exclusiva al tractament dels pacients amb COVID. Solament es disposa d'un equip d'endoscòpia. Només és possible fer aquelles endoscòpies urgents o de pacients hospitalitzats.

Fase 2 o de transició: es comença a augmentar l'activitat endoscòpica. S'inclouen totes aquelles endoscòpies urgents que ja es fan a la Fase 1 + aquelles endoscòpies ambulatories establertes com prioritats alta (1) per l'AEG-SEED. En funció de la disponibilitat s'ampliarà progressivament a les endoscòpies amb prioritats mitja si és viable segons els criteris de prioritació establerts per l'AEG-SEED.

S'iniciarà amb l'obertura d'una segona sala d'endoscòpia, ampliant progressivament el número de sales segons les capacitats dels centres.

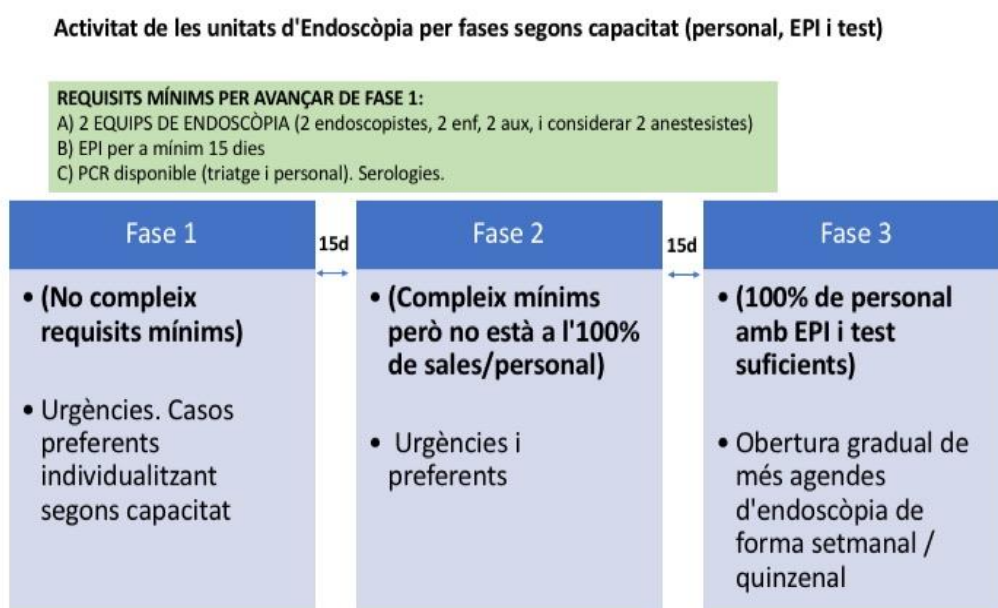
Per obrir una nova sala caldrà disposar del personal sanitari corresponent, alliberat de tasques relacionades amb la cura dels pacients COVID i EPIs, suficients per assegurar el funcionament de la sala durant la següent setmana.

La Fase 3 correspon a la de normalitat adaptada post-pandèmia:

Caldrà que tot el personal i les sales estiguin treballant al 100%. S'hauran de mantenir les normes de seguretat esmentades en aquest document.

Es programaran de forma progressiva les endoscòpies amb prioritats mitja i baixa, segons els criteris de priorització establerts per l'AEG-SEED. Un cop fetes les endoscòpies demorades es plantejarà iniciar amb les que poden esperar entre 6-12 mesos, els seguiments programats i finalment, es plantejarà la reactivació del programa de cribratge de CCR.

Figura 1. Fases de la reactivació de l'activitat d'endoscòpia.



4.2 . Mesures generals:

De forma general i independent de la fase s'ha de:

a) Determinar setmanalment les sales que hi haurà disponibles en funció de l'evolució de l'epidèmia i els recursos de personal i seguretat.

- b) Disposar de tot l'equipament de monitorització i reanimació cardiopulmonar necessaris per dur a terme les endoscòpies amb la màxima seguretat possible.
- c) Assegurar la distància correcte entre pacients a la sala de recuperació i a les sales d'espera.
- d) En cas d'endoscòpies urgents i si hi ha varis pacients COVID +, fer una sala d'alt risc. En cas de tenir solament una sala, intentar deixar els pacient COVID + per a l'últim del dia i fer posteriorment neteja i ventilació exhaustiva de la sala.
- e) Neteja de sales: en cas d'alt risc o COVID + activar el protocol de cada centre. En cas de baix risc, assegurar de disposar del personal que garanteixi una correcta neteja de les superfícies després de cada procediment en fase activa de la pandèmia.

4.3 Volum de programació:

D'ara endavant s'hauran d'adoptar mesures de seguretat més estrictes (EPIs, neteja de sales, etc), que probablement s'hauran de mantenir de manera indefinida. En funció de l'experiència d'aquests dies, el circuit per realitzar una endoscòpia digestiva és molt més lent del que es podia fer prèviament a la pandèmia. Això afecta directament a les agendes i la capacitat de realitzar exploracions per dia i sala.

Es recomana que en el cas de passar a la fase 2 i quan es realitzin exploracions diagnòstiques, es programin entre 4-6 pacients per sala i sessió d'aproximadament 5 hores. En cas d'exploracions terapèutiques, aquest temps haurà de ser variable en funció del tipus de procediment i l'expertesa. A mesura que s'avanci en la progressió de les fases, el número d'exploracions per sala i dia pot ser molt variable i s'haurà d'adaptar segons les idiosincràsies de cada centre.

5. Bibliografia

1. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020 Mar 21;395(10228):922.
2. ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. *Endoscopy*. 2020 Apr 17. doi: 10.1055/a-1155-6229.
3. Repici A, Maselli R, Colombo M, et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointest Endosc*. 2020 Mar 14. pii: S0016-5107(20)30245-5. doi:10.1016/j.gie.2020.03.019.
4. Danese S, Ran ZH, Repici A, et al. Gastroenterology department operational reorganisation at the time of covid-19 outbreak: an Italian and Chinese experience. *Gut*. 2020 Apr 16. pii:gutjnl-2020-321143. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321143.
5. Repici A, Pace F, Gabbiadini R, et al; ITALIAN GI-COVID19 Working Group. Endoscopy units and the COVID-19 Outbreak: A Multi-Center Experience from Italy. *Gastroenterology*. 2020 Apr 10. pii: S0016-5085(20)30466-2. doi: 10.1053/j.gastro.2020.04.003.
6. Castro Filho EC, Castro R, Fernandes FF, et al. Gastrointestinal endoscopy during COVID-19 pandemic: an updated review of guidelines and statements from international and national societies. *Gastrointest Endosc*. 2020 Apr 5. pii: S0016-5107(20)34132-8. doi: 10.1016/j.gie.2020.03.3854.
7. Document de posicionament de la Societat Catalana de Digestologia i la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Médico-Quirúrgica. Mesures de contenció en les unitats d'endoscòpia davant el COVID-19. http://www.scdigestologia.org/docs/docs_posicionament/24_MESURES_DE_CONTENCIO_DEL_COVID-19.pdf

