



GUIA ACHED – SCHGE PARA EL REINICIO SEGURO DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Introducción:

Desde la declaración de Pandemia por SARS-CoV-2 emitida por la OMS, el 11 de Marzo del 2020, hemos visto la rápida progresión del COVID-19 en los diferentes continentes, comprometiendo a Chile desde inicios de Marzo. Esta importante propagación generó una serie de guías internacionales, con recomendaciones para las unidades de endoscopia digestiva. A nivel nacional la Asociación Chilena de Endoscopia (ACHED) liberó dos documentos al respecto. Entre las recomendaciones destacaba el cierre temporal de las unidades de endoscopia digestiva para los procedimientos electivos, dejando los exámenes reservados para urgencias, emergencias y pacientes de alta prioridad. Esta estrategia permitió la protección del equipo de salud, redistribución del personal e insumos a las unidades de alta demanda y mantener la continuidad de la atención, para procedimientos urgentes y no postergables. En la actualidad y de acuerdo a una encuesta realizada por la ACHED (datos aún no publicados), muchas unidades de endoscopia digestiva cerraron transitoriamente, y otras efectúan entre 10-30% de los procedimientos realizados previamente. Esta disminución podría incidir en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, como las neoplasias. Por ello debemos recuperar paulatinamente la actividad clínica en un entorno de seguridad. Para esto, se hace imprescindible planificar la reactivación progresiva de las unidades de endoscopia, sobre todo por las largas listas de espera que ya existían en el período pre pandemia. Esta etapa debe lograrse con el menor riesgo posible, tanto para los pacientes como para el equipo de salud. La reapertura dependerá de la realidad epidemiológica local, asociada a la adecuada disponibilidad de insumos necesarios, del equipo de salud y del número acumulado de procedimientos diferidos. Los protocolos planteados se actualizarán en función de la evolución dinámica de la pandemia en Chile (MINSAL).

El **objetivo** de este documento es generar recomendaciones que permitan orientar y optimizar el nuevo funcionamiento de las unidades de endoscopia digestiva, con el fin de reducir los riesgos de infección a los pacientes y al equipo de salud.

Es de suma importancia considerar que el reinicio de los procedimientos presenta un desafío dinámico, que incorpora tanto al área clínica como administrativa. Las metas de productividad son variables y siempre supeditadas al objetivo principal. Esto podría generar cierres transitorios e implementación de nuevas medidas

según la evidencia en desarrollo, comportamiento epidemiológico y lineamientos de la autoridad de salud.

Programación estratégica

Para la reanudación gradual de los procedimientos electivos, es prioritario generar una **estrategia adaptativa de reactivación**, la que tiene **factores determinantes (indicadores)**:

1. Comportamiento epidemiológico actual.
2. Disponibilidad y número del equipo de trabajo de la unidad de endoscopia.
3. Cantidad y tipo de elementos de protección personal (EPP) apropiados.
4. Volumen y tipo de procedimientos diferidos o postergados.
5. Disponibilidad de camas para hospitalización, en caso de presentar complicaciones en los procedimientos endoscópicos.

La capacidad de adaptación y flexibilidad son las estrategias fundamentales para el éxito de nuestro objetivo, dado la naturaleza variable de los indicadores.

1. Comportamiento Epidemiológico

El funcionamiento de la unidad de endoscopia deberá estar ceñido a la realidad local (indicadores OMS) informada por la autoridad de salud (MINSAL). En caso de rebrote, este podría reorganizarse y volver a una estrategia de cierre transitorio.

2. Disponibilidad y número de integrantes del equipo de trabajo de la unidad de Endoscopia

Se recomienda que el equipo de salud esté en pleno funcionamiento (según realidad local) con la capacitación de infecciones asociadas a atención de salud (IAAS) actualizada en el manejo de pacientes COVID-19, medidas de prevención y uso de EPP.

3. Cantidad y tipo de elementos de protección personal

Es muy relevante contar con el tipo apropiado de EPP para cada procedimiento, detallados previamente en la guía ACHED – SChGE. Para una adecuada reapertura, sugerimos considerar el stock disponible y necesario de acuerdo a la planificación de la unidad (tabla 1).

4. Volumen y tipo de procedimientos diferidos o postergados

Previo a la reapertura, el equipo de endoscopia debería generar una planificación por priorización (triage) con el objetivo de asignar los exámenes por fases. La elección debe estar a cargo del equipo de más experiencia, considerando la sospecha clínica para la indicación del

procedimiento, exámenes disponibles y eventualmente una entrevista o encuesta por telemedicina.

5. Disponibilidad de camas para hospitalización, en caso de presentar complicaciones en los procedimientos endoscópicos

Debe ser acordado con la institución, de acuerdo a la realidad local.

CATEGORIZACIÓN

En la categorización describimos **3 niveles de prioridad** (Tabla 2 y 3):

- **Nivel 1** (Emergencias, urgencias y alta prioridad): Procedimientos que no pueden ser pospuestos, cuya resolución va entre <24 hr y 1 a 2 semanas.
- **Nivel 2** (Semi – Urgentes ó prioridad seleccionada): procedimientos de prioridad menor a los descritos previamente, su resolución se recomienda sea, idealmente en un plazo no superior a las 4 semanas.
- **Nivel 3** (Electivos, controles, tamizaje): exámenes con baja prioridad.

La categorización y plazos son referenciales, los que serán ajustados a la realidad de cada unidad de endoscopia.

Basado en la adecuada selección de prioridades, proponemos **3 etapas** en la reactivación:

- **Fase 1:** La unidad de endoscopia NO tiene posibilidades de reapertura en base al análisis de los factores determinantes ya mencionados. Se recomienda mantener actividad en nivel 1.
- **Fase 2:** La unidad de endoscopia tiene posibilidades de reapertura en base al análisis de los factores determinantes. Se recomienda iniciar normalización de la actividad con pacientes Nivel 1 y 2.
- **Fase 3:** Los factores determinantes indican mejoría completa y se recupera normalidad de atención. Se recomienda reiniciar actividad con pacientes Nivel 1, 2 y 3.

Programación operativa

Sugerimos considerar el nuevo escenario de salud pública (informes MINSAL) para la organización adecuada de los procesos, lo que llevará a cambios en los rendimientos, reestructuración del trabajo y mayores costos por concepto de seguridad.

Programación de horarios y rendimientos

Se recomienda recalcular el tiempo global asignado a cada procedimiento endoscópico, lo que influirá en los volúmenes y capacidades de las unidades, principalmente debido a la implementación de medidas de bioseguridad. Esto considera desde la encuesta en recepción, hasta la recuperación y nuevo espacio

de tiempo calculado entre exámenes. El tiempo asignado entre procedimientos generadores de aerosol debe ser de NO menos de 30 minutos, idealmente contar con equipos que generen presión negativa y tasa de cambio de aire por hora (CAH) mayor de 15.

En base a la información propuesta, planteamos que la reactivación se adapte a metas flexibles, con objetivos según la fase en que se encuentren:

- **Fase 1:** mantener capacidad operativa mínima, orientada a la resolución completa de casos Nivel 1.
- **Fase 2:** incremento progresivo de la actividad, intentar alcanzar entre el 35-50 % de la actividad operativa estimada.
- **Fase 3:** incremento mayor hasta alcanzar el 75-100 % de la actividad operativa estimada.

Procesos y flujos para el funcionamiento de la unidad de endoscopia

- **Exámenes para SARS-CoV-2 (COVID-19):** Dado que un número importante de infecciones son potencialmente transmisibles por pacientes asintomáticos. Sería ideal contar para todos los pacientes con estudios que demuestren la presencia de anticuerpos convalecientes (IgG) o con una prueba de biología molecular negativa dentro de las 48 horas pre procedimiento. Si bien no existe amplio consenso que obligue a la detección masiva de SARS-CoV-2 previo a la realización de procedimientos endoscópicos diagnósticos, se recomienda su uso en casos definidos según el criterio de cada centro (Ej: procedimientos prolongados, terapéuticos y que requieran hospitalización).
- **Evaluación preprocedimiento:** efectuada la priorización por el equipo de endoscopia (triage), el personal de secretaría deberá confirmar por vía telefónica el día anterior al examen y aplicar la encuesta COVID-19 descrita en las guías ACHED-SChGE. El día del procedimiento deberá ser aplicada nuevamente y supondrá la suspensión del procedimiento de mediar síntomas asociados a COVID-19.

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?

¿Se ha tomado un test para infección COVID-19 en las últimas 24-48 horas?

¿Ha sido diagnosticado COVID-19 (+)?, ¿Cuándo?

- **Sala de espera y acompañante:** se mantendrán estándares de distancia social y exigencias de 1 acompañante por paciente (adulto autovalente,

idealmente menor de 65 años). Todas las personas en sala de espera estarán con mascarilla.

- **Consentimiento informado:** Se recomienda considerar un párrafo en el formulario, donde se haga mención al COVID-19 y el riesgo potencial de transmisión de infección, al ingresar a un centro de salud y someterse a un procedimiento médico durante la pandemia. Idealmente, el consentimiento debe estar disponible para lectura y decisión antes de acudir al examen.
- **Áreas exclusivas para el equipo de salud:** La sala de endoscopia, las zonas de preparación y recuperación deben ser de exclusivo tránsito de personal de salud, NO se recomienda que los familiares y/o acompañantes ingresen.
- **Estación de triage:** se recomienda tener considerada un área que tenga capacidad de discriminar riesgo con los antecedentes, preguntas y T^o corporal, además de verificar el adecuado uso de EPP en el paciente.
- **Uso y retiro de EPP:** Se recomienda seleccionar los EPP según el triage de riesgo de cada paciente (con o sin PCR) y tipo de procedimiento a efectuar, donde destaca que la colonoscopia no ha demostrado tener elevado potencial de generación de aerosoles. La retirada de los EPP debe realizarse en una antesala o área de transición demarcada específicamente. Esta zona entre el área limpia y la contaminada debe asegurar un adecuado retiro de los EPP, dado que es el paso fundamental para mantener la seguridad del proceso. Las variaciones de la secuencia de retiro según espacio físico disponible, deben adecuarse al protocolo institucional de IAAS.
- **Salas de recuperación:** Luego de efectuado el procedimiento, se recomienda mantener la distancia de 1-2 m entre pacientes, manteniendo las medidas de protección estándar e higiene frecuente de manos. Los flujos deben ser priorizados según riesgo. En el caso de los pacientes de riesgo moderado o alto se recomienda un flujo sin detención o una recuperación en box de endoscopia, destinado exclusivamente para este grupo. Los pacientes deben mantener uso de mascarillas quirúrgicas y aseo de manos mediante alcohol gel o lavado de manos.
- **Equipo de salud:** Dado que es parte fundamental dentro del objetivo de reducir los riesgos de infección por SARS-CoV-2, se recomienda establecer breves reuniones con todo el equipo, al inicio de cada jornada, para mantener activos los protocolos y asegurar su cumplimiento. La adecuada socialización, ejecución y liderazgo son claves para el éxito del equipo.

Conclusiones:

El contenido vertido en esta guía de recomendación tiene como finalidad servir de apoyo a las unidades de endoscopia digestiva en su reapertura o incremento de actividad asistencial. El cambio de realidad en la forma de trabajo, nos obligará a modificar procesos y rendimientos, teniendo siempre como protagonista el beneficio para nuestros pacientes. Esta guía podrá tener futuras actualizaciones, según la evidencia científica disponible. Sin embargo, la adecuada interpretación

de los indicadores determinantes, selección de pacientes y uso de EPP, hará que la continuidad en la atención se mantenga segura.

Tabla 1: reapertura en relación a número EPP y comportamiento epidemiológico (MINSAL e Indicadores OMS)

Comportamiento casos COVID-19	Suministro de EPP	Unidad de Endoscopia
Aumento rápido o exponencial en nuevos casos	Crítico o muy bajo (reserva 1 a <4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Solo urgencias / emergencias ▶ Endoscopia de prioridad → caso a caso ▶ Endoscopia electiva → esperar
Tendencia a la baja en nuevos casos	Subóptimo (reserva de 4 a 8 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Endoscopia urgente → full capacidad ▶ Endoscopia de prioridad → full capacidad ▶ Endoscopia electiva → reanudar al 50% de capacidad
NO se diagnosticaron nuevos casos durante al menos 2 semanas	Normal (reserva de 12 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Endoscopia urgente - capacidad total ▶ Endoscopia de prioridad - capacidad total ▶ Endoscopia electiva: capacidad total

Adaptado de Chiu PWY, et al. Gut 2020;0:1–6. doi:10.1136/gutjnl-2020-321185

Tabla 2: descripción de nivel de prioridad vs tiempo de respuesta

Prioridad	Tiempo de resolución	Tipo de casos
Nivel 1	< 24 hr a 1-2 semanas	Urgencia / emergencia / alta prioridad
Nivel 2	Dentro de 4 semanas	Prioridades seleccionadas
Nivel 3	> 30 días	Electivos / control / tamizaje

Tabla 3: descripción de algunos tipos de procedimientos según nivel de prioridad (triage)

Tipo de prioridad	Endoscopia digestiva alta	Colonoscopia	CPRE
Nivel 1 Urgencia / emergencia / alta prioridad	<ul style="list-style-type: none"> • HDA • Extracción de cuerpo extraño. • Instalación de sonda naso yeyunal. 	<ul style="list-style-type: none"> • HDB • Vólvulo del sigmoides, colonoscopia descompresiva. • Colonoscopia diagnóstica 	<ul style="list-style-type: none"> • Ictericia obstructiva c/s colangitis • Coledocolitiasis sintomática c/s colangitis • Estenosis y/o

	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de gastrostomía endoscópica percutánea. • Disfagia – vómitos – sospecha de Ca gástrico por imagen 	<p>prioritaria (Ej.: sospecha de colitis ulcerosa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha fundada de CCR avanzado • Melena con EDA normal 	<p>fugas biliares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de patología oncológica + drenaje de vía biliar
<p>Nivel 2 Prioridades seleccionadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de ligadura de varices • Programa de dilatación de estenosis • Resección endoscópica de neoplasias precoces • Dispepsia con signos de alarma • Anemia ferropénica • Sospecha malabsorción / E. Celíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de CCR NO avanzado: por criterios clínicos y/o de laboratorio – imágenes • Rectorragia / hematoquecia en pacientes sin colonoscopia satisfactoria en los últimos 5 años • Anemia ferropénica en > 45 años sin colonoscopia satisfactoria en los últimos 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Coledocolitiasis asintomática • Ampulectomía
<p>Nivel 3 Electivos / control / tamizaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia o ERGE sin signos ni síntomas alarma • Estudio dolor torácico no cardiogénico • Terapia endoscópica diferible: Diferentes subtipos de POEM (puede ser nivel 2 según 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio post diverticulitis aguda • Constipación crónica / estudio de / dolor abdominal sin signos de alarma / Diarrea crónica sin sospecha de EII • Resección endoscópica compleja (EMR / ESD) de lesiones con 	<ul style="list-style-type: none"> • Retiro o cambio de prótesis de vía biliar, sin colangitis • Estudio en paciente con sospecha de disfunción del esfínter de Oddi • Terapéutica en páncreas

	<p>síntomas) /</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de ulcera gástrica • Control post resección endoscópica de neoplasias incipientes • Control post erradicación de várices esofágicas • Control esófago de Barrett • Tamizaje Ca. Gástrico • Endoscopia bariátrica 	<p>baja probabilidad de neoplasia avanzada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control EII inactiva • Controles post polipectomía, CCR operado sin sospecha de recidiva, poliposis y sd hereditarios sin sospecha de CCR. 	
--	--	--	--

Figura 1: Resumen de reinicio de actividad de las unidades de endoscopia digestiva



Flujo resumen para el reinicio de actividad en la unidad de endoscopia digestiva (UED)

