



Recomendaciones para los servicios de endoscopia

Recommendations for endoscopy services.

Ángel Enrique Escudero-Fabre

INTRODUCCIÓN

En este capítulo presentamos algunas recomendaciones para mitigar la posibilidad de contagio del COVID-19, enfermedad infecciosa causada por un nuevo coronavirus que ahora es una pandemia que pone en riesgo a la población y al personal de salud.

Todos los procedimientos electivos deberán ser diferidos

- a. Colonoscopias programadas de control, supervisión o preventivas.
- b. Panendoscopias programadas de control, supervisión o preventivas, incluyendo las de várices del tubo digestivo superior en pacientes cirróticos.
- c. Los pacientes que requieren endoscopias de control posescleroterapia o ligadura de lesiones sangrantes deberán estratificarse según las circunstancias individuales de cada paciente, para poder determinar la seguridad de un retraso (por ejemplo, tamaño de várices, evidencia/inminencia de sangrado, etc.)
- d. Evaluaciones de síntomas no urgentes de enfermedad cuyos resultados no cambien inminentemente el manejo clínico.
- e. Procedimientos de motilidad: manometría y pHmetría esofágicas, cápsula endoscópica, manometría anorrectal.

Los procedimientos urgentes/emergentes no deberán posponerse

- a. Endoscopia alta o baja, con sospecha de sangrado agudo.

FACS, Cirujano general, laparoscopista y endoscopista. Corporación Médica del Sureste SC, Orizaba, Veracruz, México.

Correspondencia

Ángel Enrique Escudero Fabre
doctor_hh@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Escudero-Fabre AE. Recomendaciones para los servicios de endoscopia. Med Int Méx. 2020;36(Suplemento 2):S53-S55.

<https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4202>

- b. Disfagia con efecto significativo en la ingestión oral (incluyendo alimentos impactados o estenosis severas).
- c. Colangitis severa (CPRE).
- d. Enfermedad pancreato-biliar sintomática (realizar drenaje por ultrasonido endoscópico en pancreatitis necrotizante y en colecistitis no quirúrgica, si el paciente no responde a antibióticos).
- e. Intervención paliativa para obstrucción gastrointestinal.
- f. Pacientes con diagnósticos dependientes de urgencia en tiempo (condiciones pre-malignas, estadificación urgente, previa a inicio de tratamiento con quimioterapia o cirugía).
- g. Casos en los que el estudio endoscópico será decisivo en la aplicación o en el cam-

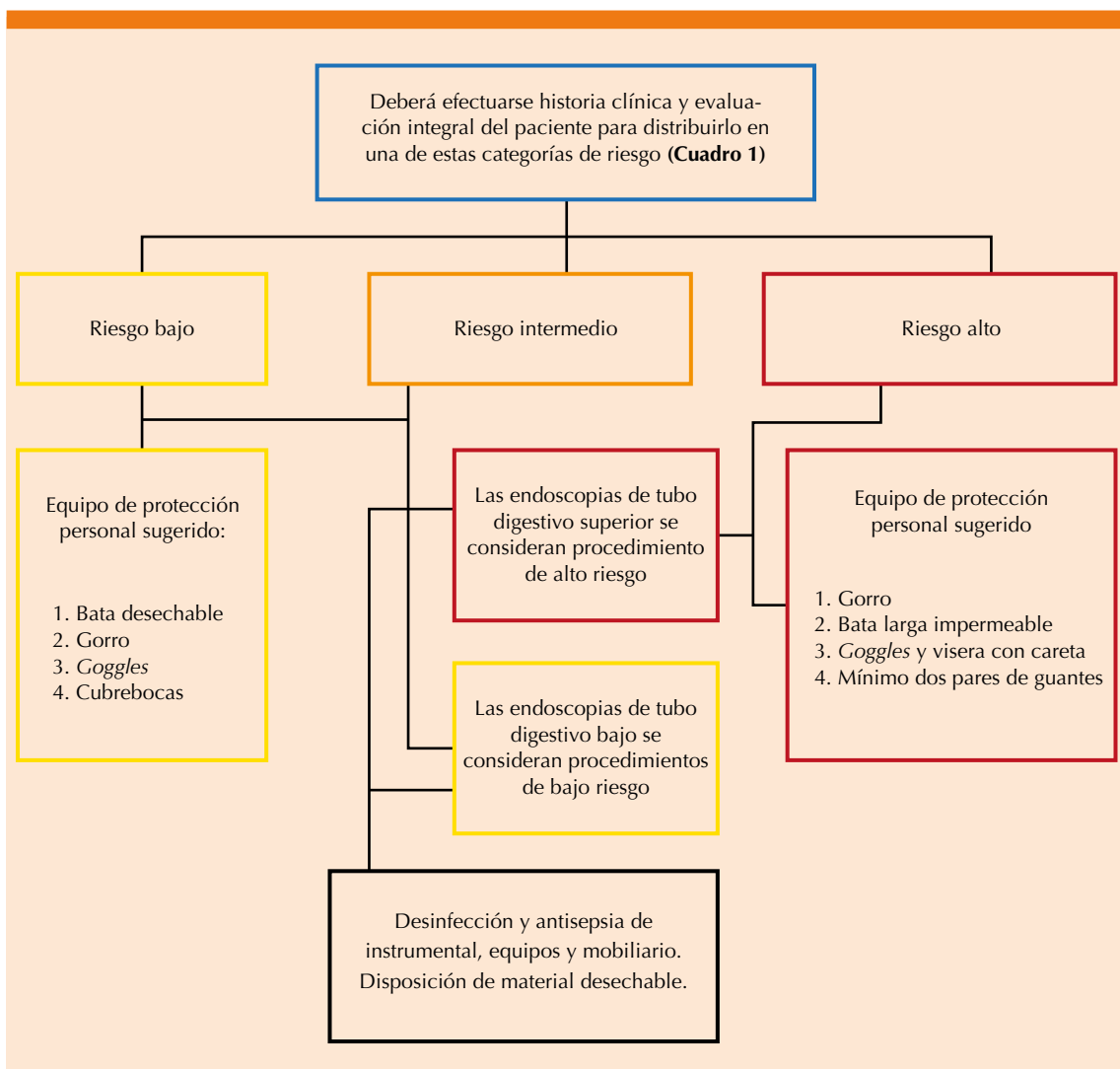


Figura 1. Algoritmo del manejo endoscópico durante la pandemia de COVID-19.



bio de manejo terapéutico (enfermedad inflamatoria intestinal)

- h. Casos excepcionales; requieren una decisión multidisciplinaria.

Evaluación de todos los pacientes identificando riesgo de exposición

- a. Utilizar criterios internacionales estandarizados.
- b. Evitar el paso de pacientes (acompañantes) si reúnen los requisitos nombrados.

Paso al área endoscópica

- a. El área estará sanitizada y en condiciones.
- b. Registrar la temperatura del paciente.
- c. Mantener distancia de 2 metros el tiempo completo de permanencia.

- d. En pacientes confirmados positivos COVID-19 idealmente el procedimiento deberá realizarse en cuartos con presión negativa.
- e. La desinfección de los endoscopios flexibles deberá utilizar lavado convencional, así como desinfectantes con capacidades bactericidas, micobactericidas, fungicidas y virucidas y efectuar el procedimiento con la protección personal puesta.
- f. La desinfección del área de endoscopia deberá seguir los patrones y procedimientos intrahospitalarios designados acorde con la contingencia.
- g. Considerar resultados y consulta de seguimiento vía telefónica o por videoconferencia.
- h. La totalidad del personal utilizará el equipo de protección personal que incluye: bata desechable o impermeable, gafas de protección (*goggles*) o visera, cubrebocas N95, doble guante.

Cuadro 1. Riesgo potencial de SARS-CoV-2 en pacientes de endoscopia

Riesgo bajo:
• Sin síntomas • Sin contacto con seropositivos (COVID-19) • Ausencia de estancia en áreas de riesgo 14 días previos
Riesgo intermedio:
• Síntomas con: ◦ Ausencia de historia médica de contacto con seropositivos ◦ Ausencia de estancia en áreas de riesgo 14 días previos • Ausencia de síntomas, pero: ◦ Antecedente de contacto con un seropositivo ◦ Presencia en áreas de riesgo 14 días previos
Riesgo alto:
• Al menos un síntoma clásico positivo (tos, fiebre, disnea) ◦ Contacto con un seropositivo ◦ Presencia en áreas de riesgo 14 días previos

BIBLIOGRAFÍA

- Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology*. 2020 Mar 3. pii: S0016-5085(20)30281-X. [Epub ahead of print] <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054>.
- Xiao F, Tang M, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*. 2020 Mar 3. pii: S0016-5085(20)30282-1. [Epub ahead of print] <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.055>.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Hao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395:497-506 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- <http://www.worldendo.org/2020/02/05/weo-alert-wuhan-proposal-for-safety-in-digestive-endoscopy/>.
- <https://www.politico.com/news/2020/03/14/surgeon-general-elective-surgeries-coronavirus-129405>.
- Repici A, Maselli R, Matteo R, et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointest Endosc*, March 2020 [Epub ahead of print] <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019>.