

Recomendaciones para Unidades de Endoscopia

Parte IV

Actualización al 26 de abril de 2020

*Estas **Recomendaciones para Unidades de Endoscopia** son realizadas por el Comité de Revisión ENDIBA-COVID-19, en conjunto con la Subcomisión Científica*

Los lineamientos dispuestos se actualizan de acuerdo a normas nacionales e internacionales, y son conceptos dinámicos que pueden variar según la situación epidemiológica

Intentan apoyar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones en un contexto de pandemia, evitando probables contagios y asegurando la calidad y seguridad en las prestaciones

Introducción

En los últimos meses el nuevo coronavirus conocido como SARS-Cov-2, agente que genera la enfermedad COVID-19 se ha convertido en una preocupación a nivel global. El ámbito de la endoscopia no está ajeno a esta problemática, y desde la declaración de pandemia por la OMS el 11 de marzo 2020 hemos visto notablemente afectada nuestra actividad.

En ENDIBA abordamos esta situación de forma temprana y creamos un Comité de Revisión dedicado a la lectura crítica de la información publicada, y a la confección de una serie de recomendaciones, que fueron puestas a disposición de nuestros socios y de los servicios de endoscopia de todo el país.

Con el objetivo de generar un marco informativo federal realizamos el Webinar “Endoscopia en épocas de Pandemia” el día 13 de abril donde se discutieron y analizaron estos lineamientos. Se debatió abiertamente con endoscopistas expertos de todo el país que expusieron su realidad y nos compartieron sus estrategias acorde a la situación epidemiológica local.

En Recomendaciones Parte IV transmitimos de manera clara y concisa la información más relevante y actualizada al momento de su publicación, entendiendo que algunos conceptos probablemente puedan ser modificados dependiendo de la situación

epidemiológica de nuestro país, así como también de la disponibilidad de recursos materiales (EPP), físicos y humanos.

Nuestro objetivo es generar un ámbito laboral seguro y reducir la transmisión viral en el equipo de trabajo en pos de asegurar una endoscopia digestiva de calidad para nuestros pacientes.

Conceptualización

- El SARS-Cov-2 se trasmite por gotas aerosolizadas, aunque también se ha propuesto una probable transmisión fecal-oral
- Más del 40% de las infecciones se producen previo a que el caso índice presente síntomas
- La **endoscopia** per se es un **procedimiento de alto riesgo para la generación de aerosoles**
- En **zonas de transmisión local** todos los **pacientes deben ser considerados de alto riesgo**

Zonas de transmisión local en Argentina (Ministerio de Salud al 26/4/20)

Zonas de transmisión comunitaria

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires y área Metropolitana de la provincia de Buenos Aires
- Provincia de Chaco
- Provincia de Tierra del Fuego: Ushuaia
- Provincia de Río Negro: Bariloche, Choele Choel, Catriel, Cipoletti
- Provincia de Santa Fe: Rosario

Zonas de transmisión por conglomerado

- Provincia de Santa Fe: Rafaela
- Provincia de Córdoba: Ciudad de Córdoba – Alta Gracia – Río Cuarto
- Provincia de Neuquén: Loncopué

Indicaciones

Respecto a los procedimientos endoscópicos que deben ser realizados dentro del periodo que dure la pandemia, es fundamental recordar, que todas las recomendaciones nacionales e internacionales están basadas en las siguientes premisas:

- Mantener un servicio de endoscopia de alta calidad sin exponer a los pacientes ni al personal de salud al riesgo de infección.
- No saturar al sistema de salud público ni privado, con procedimientos y sus eventuales complicaciones, que pueden ser realizados en otra etapa de la pandemia o al finalizar la misma.
- Priorizar procedimientos de emergencia o urgencia endoscópica, pero considerar y evaluar otros considerados no urgentes, que puedan afectar el pronóstico o la calidad de vida de los pacientes en forma severa en un periodo de 8-12 semanas.
- Cuidar los insumos destinados a la protección del personal (EPP) ante la probabilidad de escasez en las próximas semanas.

A pesar que siguen vigentes las recomendaciones de reducir el número de procedimientos endoscópicos, se sugiere una revisión adecuada y cuidadosa de las indicaciones de los mismos.

Hay que establecer un equilibrio dinámico entre la realización y la postergación de dichos procedimientos, evaluando en cada caso riesgo / beneficio.

Se estimula el diálogo permanente entre médicos referentes , sociedades de gastroenterología y endoscopia y las autoridades sanitarias, para minimizar los resultados adversos.

<p><u>URGENTE – REALIZAR SIEMPRE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Sangrado digestivo ALTO O BAJO agudo con inestabilidad hemodinámica -Cápsula/Enteroscopia por sangrado evidente -Ingesta de cuerpo extraño impactado en tracto digestivo alto y/o cuerpo extraño de alto riesgo en estómago -Ingesta de causticos -Colangitis aguda -Resolución de obstrucción gastrointestinal si los síntomas requieren tratamiento urgente (stent-dilatación) -Tratamiento endoscópico urgente de complicaciones post operatorias como fistulas, perforaciones , estenosis 	
<p style="text-align: center;"><u>PRIORITARIO NO URGENTE</u> <u>ALTA PRIORIDAD (realizar en forma inmediata o dentro de las 8-12 semanas)</u> <u>Evaluar caso por caso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento endoscópico de displasia de alto grado (DAG) o carcinoma intramucoso temprano en esófago, estómago o grandes pólipos colonicos con alto riesgo de invasión submucosa -Nutrición enteral (PEG, PEJ-sonda nasoyeyunal) -Anemia por deficiencia de hierro severa con sospecha de origen digestivo (inicio reciente / la ENDOSCOPIA, CAPSULA O ENTEROSCOPIA cambiaria manejo) -HDA sin inestabilidad hemodinámica -Sangrado rectal - EII severa, cuyo manejo cambie según hallazgo endoscópico (inicio o cambio de tratamiento) -COLONOSCOPIA por melena después de una endoscopia alta negativa -Toma de biopsias necesarias para iniciar un tratamiento sistémico y/o cirugía -Remoción de prótesis donde la espera pueda producir un daño potencial al paciente -Cuerpo extraño en estomago de bajo riesgo -Estenosis benignas que requieren dilatación /stent -Evidencia de masa en estudios por imágenes -ECOENDOSCOPIA para estratificación de malignidad -Drenaje de colecciones pancreáticas infectadas. -Biopsias o puncion ganglionar por ECOENDOSCOPIA -Pancreatitis por lititasis biliar -Masa pancreática - Stent pancreático-biliar para indicaciones no urgentes -Dilatación de estenosis biliares -Necrosectomia -Paciente con alta sospecha de cáncer (con o sin síntomas de alarma) que no pueda explicarse por métodos no invasivos (imágenes) 	<p style="text-align: center;"><u>PRIORITARIO NO URGENTE</u> <u>MENOR PRIORIDAD (realizar pero se pueden postponer más allá de 8-12 semanas)</u> <u>Evaluar caso por caso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento endoscópico de lesiones con displasia de bajo grado (DBG) esofágicas o gástricas -Pólipos duodenales -Ampulectomia -Erradicación de varices esofago-gástricas (no urgencia) -Anemia ferropénica no severa -Estenosis biliar no urgente (no colangitis, no ictericia, etc) - Quiste pancreático (depende de características de riesgo) -Muestras para lesiones submucosas por ECOENDOSCOPIA - Tratamiento acalasia (POEM,dilatación) -COLONOSCOPIA por FIT+ o SOMF+ (solicitado previo al inicio de las restricciones)

POSPONER

Vigilancia por:

- Esófago de Barrett sin displasia o displasia de bajo grado o después de un tratamiento endoscópico.
- Atrofia gástrica / metaplasia intestinal
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Colangitis esclerosante primaria
- Control endoscópico post resección endoscópica (incluyendo endoscopia inmediata post resección), resección quirúrgica o vigilancia postpolipectomía
- Diagnóstico / vigilancia de síndrome de Lynch y otros síndromes hereditarios
- Síntomas compatibles con síndrome de intestino irritable
- Síntomas de enfermedad por reflujo y dispepsia, sin síntomas ni signos de alarma
- ECOENDOSCOPIA para quiste pancreático sin signos de riesgo o lesiones submucosas
- Screening en pacientes de alto riesgo para cáncer de esófago, estómago, colon (endoscopia de screening por primera vez) o cáncer de páncreas.
- Tratamientos endoscópicos en cirugía bariátrica (balón gástrico, sleeve endoscópico)

Adaptado de indicaciones de ESGE y SIED

Recomendaciones Generales

- Respetar los estándares de higiene (lavado de manos; no llevarse las manos a los ojos, boca y nariz; toser o estornudar en el pliegue del codo o en pañuelo descartable), y distanciamiento social (1-2 metros)
- Mantener una adecuada limpieza y desinfección en el ámbito de trabajo
- Utilizar barbijo quirúrgico o tapabocas en áreas comunes
- Dividir en equipos de trabajo con el menor número de agentes posible y que no tengan contacto entre sí
- Los fellows, residentes y todo el personal en entrenamiento no deben realizar endoscopias

Recomendaciones Preprocedimiento

- Realizar triage telefónico el día previo en pacientes ambulatorios
- Registrar el ingreso de todo el personal a la sala, reinterrogar acerca de síntomas y contactos estrechos, y realizar testeo de temperatura. Estas actividades se deben llevar a cabo utilizando barbijo quirúrgico
- Reducir al máximo el número de personas presentes en la sala de endoscopia, así como también en salas de espera y recuperación
- Firmar en el Consentimiento Informado que el procedimiento se realiza durante Pandemia de COVID-19 (ver [Anexo I: CI COVID-19 - ENDIBA](#))
- Pacientes deben utilizar barbijo (y eventualmente guantes)

Ámbito de la Endoscopia

- Preferiblemente en salas de presión negativa. En su defecto en el ámbito destinado que cumpla con las normas de bioseguridad recomendadas
- Utilizar sectores adecuados con el menor mobiliario posible (Ej. quirófano)
- Para pacientes internados en Unidades Cerradas: evitar el traslado. Realizar el procedimiento in situ
- Sala de endoscopia
 - Limpieza y desinfección
 - Ventilar por 60 minutos (si presión negativa: 30 minutos)

Estratificación de Riesgo

BAJO RIESGO	No síntomas
	y
	No historia de contacto con COVID +
	y
	No viaje o residencia en zonas de transmisión viral
ALTO RIESGO	Síntomas (fiebre, tos, disnea, diarrea)
	o
	Historia de contacto con COVID +
	o
	Viaje o residencia en zonas de transmisión viral

- Se basa en el riesgo potencial de infección por SARS-CoV-2 en pacientes en los que se programa una endoscopia digestiva
- El riesgo de infección debe verificarse y estratificarse individualmente, tanto el día previo (por vía telefónica), así como también el día del procedimiento
- En las diferentes fases de la pandemia basado en factores epidemiológicos, testeo y potencial inmunidad, podría ser posible la estratificación convirtiendo a un paciente previamente de alto riesgo a bajo riesgo
- Aquellos pacientes curados por la infección de SARS-Cov-2 se los considera de bajo riesgo
- En un entorno de emergencia, todos los procedimientos deben considerarse de alto riesgo si no se puede evaluar el historial adecuado del paciente
- En pacientes de alto riesgo o q COVID-19 +, considerar posponer endoscopia versus riesgo de infección en el personal de salud. En este contexto solo se sugiere realizar las endoscopias urgentes

Equipo de Protección Personal (EPP)

- Equipo usado para reducir la exposición a los peligros que causan lesiones y enfermedades en el lugar de trabajo
- Realizar de manera correcta colocación y remoción del EPP (ver [Anexo II](#))
- Se sugieren realizar simulacros de uso en cada servicio
- Se recomienda controlar diariamente el stock y la tasa de uso para evitar desabastecimiento, ya que esta situación puede poner en riesgo la seguridad y la moral del equipo
- No malgastar recursos, ya que su disponibilidad podría ser escasa en las próximas semanas.
- Estas recomendaciones de EPP se extienden a todos los profesionales involucrados en el acto del examen endoscópico (médicos, técnicos y auxiliares de enfermería)

EPP según estratificación de Riesgo

BAJO RIESGO	Barbijo quirúrgico
	Par de guantes (simple)
	Cubrebotas / Calzado cerrado impermeable
	Camisolín descartable
	Cofia
	Gafas
ALTO RIESGO	Barbijo N95
	Par de guantes (doble)
	Cubrebotas / Calzado cerrado impermeable
	Camisolín de manga larga hemorrepepelente
	Cofia
	Gafas (en lo posible cerradas) y/o máscara facial

- A pesar de que los diferentes procedimientos endoscópicos pueden tener diferentes niveles de riesgo para simplificar y priorizar la seguridad se recomiendan las mismas medidas para todos, sean endoscopias altas o bajas

Barbijo N95

- Dispositivo de protección diseñado para lograr un sello facial ajustado y una filtración extremadamente eficiente de partículas en el aire (de hasta 0.3 micras, que pueden inhalarse por la nariz o la boca) y gérmenes
- Para proteger este barbijo para una eventual reutilización se sugiere colocar encima un barbijo quirúrgico, o incluso una máscara facial si se dispone de la misma
- Se debe conservar dentro de bolsas de papel identificadas con el nombre y la fecha de inicio de uso
- Descartar en caso de rotura o suciedad
- Reutilización de Barbijo N95

Según Ministerio de Salud
✓ hasta 15 días en jornadas de trabajo menores a 7 horas diarias
✓ hasta 7 días en jornadas mayores a 7 horas diarias
Según SADI
✓ Con recursos suficientes: Hasta 4 hs consecutivas
✓ Con recursos insuficientes: Hasta 1 mes
✓ Si demanda excesiva: Re-esterilización
Según CDC
✓ Hasta 5 usos

***Re-esterilización**

- SADI informa que se podría realizar con Radiación gamma (Luz UV) o Estufa a 75º por 30 minutos, pero está en evaluación la eficacia protectora
- Un trabajo reciente de Boškoski et al sugiere que si bien estos dispositivos son de uso único y no aptos para re-esterilización, en situaciones de emergencia se

podrían reutilizar posterior a un proceso de decontaminación, siendo la radiación UV la alternativa más fiable

Recomendaciones durante Endoscopia

- Durante la intubación orotraqueal el personal de endoscopia no debe permanecer en la sala
- Evitar la desinsuflación transitoria de balón de tubo endotraqueal en pacientes ventilados
- Algunos expertos sugieren ingresar sin insuflación hasta alcanzar el esófago superior
- Evitar intervención diagnósticas (biopsias) o terapéuticas innecesarias. En caso de utilizar accesorios (fórceps, inyector, ansas, etc.) recomendamos la técnica de "doble gasa", que consiste en sostener una gasa al lado del canal de trabajo mientras el asistente quita el accesorio limpiando toda la longitud del "cuerpo" con otra gasa. Tener cuidado adicional al final de la extracción para evitar el efecto "látigo" y la posibilidad de esparcir secreciones

Recomendaciones Postprocedimiento

- Al finalizar el examen, el operador coloca el dispositivo en una bandeja apropiada e identificada como contaminada. El asistente con EPP adecuado y obligatorio desconecta el dispositivo, y los botones del procesador (según la rutina del servicio), llevando la bandeja al área de desinfección
- Reprocesamiento: se debe cumplir con el proceso habitual de desinfección de alto nivel de los dispositivos de endoscopia. Reforzar la capacitación de los asistentes
- No reutilizar dispositivos de un solo uso
- Limpieza y desinfección de la sala (ventilar por 60 minutos), y de todas las superficies expuestas (carro de endoscopia, mesa de anestesia, etc.). Acorde al documento publicado el 15 de abril por el Ministerio de Salud de la Nación: Limpieza y desinfección. Material Sanitario, Superficies y ambientes
- Los residuos NO requieren tratamiento especial por tratarse de COVID-19. Se recomienda seguir las regulaciones de Residuos Biopatógenos estipulados en cada jurisdicción (Ministerio de Salud de la Nación-Resolución 134/2016)
- Recomendamos un seguimiento telefónico regular con un tamizaje para valorar la aparición de síntomas compatibles a los 7 y 14 días después del procedimiento para todos los pacientes hasta resolución del brote

Riesgo de la Endoscopia: Qué sabemos a la fecha?

En un trabajo reciente de Repici et al se evaluaron los riesgos de infectar del personal de salud y de los pacientes sometidos a endoscopia. Respecto al primer grupo se evaluó una serie de 968 trabajadores del ámbito de la endoscopia. De ellos 42 (4.3%) fueron positivos para COVID-19, y 6 (0.6%) requirieron hospitalización, sin requerimiento de ingreso a unidad cerrada. Más del 85% de estos trabajadores se contagiaron en las primeras semanas del brote, antes de la implementación de medidas de seguridad. Del segundo grupo se analizaron 802 pacientes, de los cuales solo 1 fue positivo, y 7 desarrollaron síntomas siendo testeados solo 3 que fueron negativos. Con todo esto se concluyó que la endoscopia digestiva impresiona un

procedimiento seguro, tanto para el personal de salud como para el paciente siempre y cuando se implementen las medidas de prevención apropiadas

Reinicio de actividad endoscópica: ¿Es posible?

Las unidades de endoscopia asiáticas están reiniciando su actividad con ciertos recaudos y protocolos estrictos en un contexto epidemiológico apropiado. Las guías europeas también recomiendan implementar estrategias para definir las condiciones de reapertura de sus servicios

Pareciera fundamental reiniciar la actividad de manera gradual y en etapas, evitando sobrecargar de unidades de endoscopia y estableciendo prioridades

Según Chiu et al el reinicio de la actividad parcial / total, e incluso nuevas suspensiones dependerán de tres aspectos fundamentales

- Número total de casos nuevos y curva epidemiológica
- Disponibilidad de equipamiento médico (EPP)
- Volúmen acumulado de endoscopias suspendidas

Situación COVID-19	Disponibilidad EPP	Endoscopias
Aumento exponencial de nuevos casos	Crítica (reserva < 7 días)	Solo urgencias (todas)
Rápido incremento de nuevos casos	Muy baja (reserva < 4 semanas)	Urgencias (todas) Endoscopias prioritarias (individualizar)
Baja en el número de nuevos casos	Subóptima (reserva 4-8 semanas)	Urgencias (todas) Endoscopias prioritarias (todas) Endoscopias electivas (comenzar con 50% capacidad)
Sin nuevos casos en últimas 2 semanas	Normal (reserva 12 semanas)	Urgencias (todas) Endoscopias prioritarias (todas) Endoscopias electivas (todas)

La AEG y SEED sugieren establecer prioridades de acuerdo a las indicaciones y proponen evaluar un incremento en los tiempos asignados a los diferentes procedimientos (estimar cambio de ropa, limpieza, ventilación, etc).

La AEG en conjunto con otras sociedades científicas españolas recomiendan el cribado universal y periódico a los trabajadores de la salud, y de todos los pacientes que deban someterse a exploraciones.

Proponen además dividir este período en tres fases:

- Fase de reinicio de actividad: depende de disponibilidad de camas de internación urgente (Ej. complicación endoscópica) o programada (Ej. CPRE), y por la actividad de otros servicios (Ej. Cirugía). Se intentará alcanzar el 50% de la actividad habitual
- Fase de estabilización: ingreso reglado para actividad demorable. Se intentará alcanzar el 75% de la actividad habitual
- Fase de normalización: se reinician protocolos de screening y seguimiento de bajo riesgo. Se intentará alcanzar el 100% de la actividad habitual.

Bibliografía consultada

- ASGE Quality Assurance in Endoscopy Committee, Calderwood AH, Day LW, et al. ASGE guideline for infection control during GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2018;87:1167–1179.
- Repici A, Maselli R, Colombo M et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointest Endosc* 2020. In press.
- Soetikno, Roy, et al. Considerations in performing endoscopy during the COVID-19 pandemic. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2020.
- Sultan S et al. AGA Institute rapid recommendations for gastrointestinal procedures during the COVID-19 pandemic. *Gastroenterology* 2020 (1/4/2020)
- Chiu, Philip Wai Yan, et al. Practice of endoscopy during COVID-19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE-COVID statements). *Gut*, 2020.
- NEJM Journal Watch – Charles J. Kahi – Guideline on Endoscopic Procedures During the COVID-19 Pandemic <https://www.jwatch.org/na51292/2020/04/03/guideline-endoscopic-procedures-during-covid-19-pandemic> (3/4/2020)
- Joint Gastroenterology Society Message: COVID-19 Use Of Personal Protective Equipment In Gi Endoscopy <https://www.asge.org/home/advanced-education-training/covid-19-asge-updates-for-members/joint-gastroenterology-society-message-covid-19-use-of-personal-protective-equipment-in-gi-endoscopy>
- ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. Update 1 (18.03.2020). <https://www.esge.com/esge-and-esgena-position-statement-on-gastrointestinalendoscopy-and-the-covid-19-pandemic/>
- Gralnek, Ian M., et al. ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. *Endoscopy*, 2020.
- WEO COVID-19 Response Taskforce . WEO Advice to Endoscopists .In press
- Johnston, Elyse R., et al. Risk of bacterial exposure to the endoscopist’s face during endoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*, 2019, vol. 89, no 4, p. 818-824
- Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology*. 2020;S0016- 5085(20)30281-X.
- Liang t, et L. COVID Handbook Spanish. Manual de prevención y tratamiento del COVID-19. Primer Hospital Afiliado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zhejiang (FAHZU),China.
- Han, Jing, et al. Preventing the spread of COVID-19 in digestive endoscopy during the resuming period: meticulous execution of screening procedures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2020.
- Ponchon, Thierry; Chaussade, Stanislas. COVID-19: How to select patients for endoscopy and how to reschedule the procedures?. *Endoscopy International Open*, 2020, vol. 8, no 05, p. E699-E700.
- REPICI, Alessandro, et al. Low risk of covid-19 transmission in GI endoscopy. *Gut*, 2020.
- Ivo Bošković, M. D., et al. COVID-19 pandemic and personal protective equipment shortage: protective efficacy comparing masks and scientific methods for respirator reuse.

- Join, A. B. E.; Partner, Aria Industry; Edge, ASGE Leading. JOINT GASTROENTEROLOGY SOCIETY MESSAGE: COVID-19 Use of Personal Protective Equipment in GI Endoscopy.
- Crespo, J., et al. Resumption of activity in gastroenterology departments. Recommendations by SEPD, AEEH, GETECCU and AEG. *Revista española de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva*, 2020.
- Recomendaciones para el funcionamiento de las unidades de endoscopia digestiva durante el brote de infección por Coronavirus (COVID-19) – SIED – Versión 3.1 Español (16/4/20)
- Documento de posicionamiento AEG – SEED para el reinicio de la actividad endoscópica tras la fase pico de la pandemia por COVID-19 (24/4/20)
- Actualización de Recomendaciones SOBED para Endoscopia Segura durante Pandemia por Coronavirus – Documento #004/2020 – 20/4/2020
- UEG Webinar “Covid-19 & Digestive Health” – James Lindsay and Alessandro Repici (24/3/20)
- AMG-SAGE Webinar “Los gastroenterólogos frente a COVID-19” - “Endoscopia en tiempos de Coronavirus” – Gloria Fernández Esparrach (30/3/2020)
- Webinar SUED: “Aspectos generales, psicossomáticos y médico-legales secundarios a la pandemia por Covid-19” (17/4/20)
- Recomendaciones Interinstitucionales para prevenir COVID-19 – versión 22/03/2020 SADI / SATI / ADECI / INE
- Información actualizada sobre 2019-nCoV disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Ministerio de Salud – Nuevo coronavirus COVID-19 - Zonas definidas con transmisión local en Argentina. www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19 (Actualizado al 26/4/20)

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-Cov2 (COVID- 19)

Ante la situación epidemiológica actual con relación a COVID-19 sugerimos adjuntar este Consentimiento Informado adicional al utilizado habitualmente en cada Unidad de Endoscopia Digestiva.

Situación Epidemiológica: el 31 de diciembre de 2019, China notificó la detección de casos de una nueva infección por **coronavirus (COVID-19)** que posteriormente fueron confirmados en varios países de distintos continentes. La evolución de este brote motivó la declaración de la **OMS** el 30 de enero de 2020 de la emergencia de salud pública, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (ESPII). A la fecha, la **Organización Mundial de la Salud** continúa la investigación sobre el nuevo patógeno y el espectro de manifestaciones que pueda causar, la fuente de infección, el modo de transmisión, el periodo de incubación, la gravedad de la enfermedad y las medidas específicas de control y vigilancia. La evidencia actual sugiere que la propagación de persona a persona está ocurriendo, incluso entre los trabajadores de la salud que atienden a pacientes enfermos de **COVID-19**. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia.

El siguiente cuestionario tiene carácter de Declaración Jurada

1. Se me explicó claramente y comprendo que el procedimiento endoscópico al que seré sometido se realizara durante la pandemia por Coronavirus SARS-Cov2 (COVID-19).
2. No he padecido ninguno de los siguientes síntomas en los 14 días previos al procedimiento: fiebre mayor o igual a 37.5, malestar general, tos, dolor de garganta (odinofagia), dificultad respiratoria, perdida del olfato y/o del gusto (anosmia/ disgeusia), conjuntivitis.
3. No he tenido contacto en los últimos 14 días con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
4. Marcar con una cruz si resido o he permanecido en los últimos 14 días en Zonas de Transmisión Local (ver información actualizada por Ministerio de Salud de la Nación). SI NO
5. Me comprometo a que en caso de presentar algunos de los síntomas descriptos en el ítem 2 en los próximos 14 días, me contactaré con la Unidad de Endoscopia Digestiva.

El presente consentimiento informado, podrá realizarse digitalmente, a los fines de evitar contactos y disminuir el riesgo de propagación viral.

La institución.....y todos los integrantes del Equipo de salud presentes durante el procedimiento cumplen estrictamente en la utilización del equipo de protección personal (EPP) y las normas de bioseguridad recomendadas por la OMS para minimizar las posibilidades de contagio/transmisión de COVID-19.

Paciente

Nombre y apellido:

DNI:

FIRMA:

Firma y sello del profesional:

Representante legal

Nombre y apellido:

DNI:

FIRMA:

Fecha y Lugar:

Colocación de EPP



Retiro de EPP

