



ORDEM DOS
MÉDICOS



Sociedade Portuguesa de
GASTROENTEROLOGIA



**Comunicado conjunto do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia da Ordem dos Médicos
e das Sociedades Portuguesas de
Endoscopia Digestiva (SPED) e Gastroenterologia (SPG)**

Assunto: Organização dos Serviços de Gastroenterologia na era COVID-19

Data: 4 de Maio de 2020

A pandemia associada ao vírus SARS-CoV-2 impôs mudanças radicais relativamente à prática regular dos Serviços de Gastroenterologia.

As vias de transmissão pelo novo coronavírus (por gotículas, aerossol e provável fecal-oral) condicionam um risco acrescido por tempo indeterminado, para toda a atividade na área da gastroenterologia, com especial destaque para a endoscopia digestiva.

O aumento exponencial dos casos de COVID-19 na Europa impôs a emergência de inúmeras recomendações e normas pelas diferentes entidades e sociedades nacionais e internacionais que implicaram uma reorganização profunda dos Serviços de Gastroenterologia, nomeadamente ao nível da priorização da prestação de cuidados, dos circuitos internos, da gestão de equipamentos e materiais e dos recursos humanos.

As Unidades de Endoscopia foram aquelas que mais notaram esta nova realidade. O risco elevado de transmissão associado aos procedimentos endoscópicos exigiu uma estratificação do risco de todos os doentes propostos para que fossem tomadas as medidas adequadas de proteção individual e de higienização e segurança dos espaços.

Apenas os exames clinicamente urgentes e inadiáveis foram considerados elegíveis, sendo adiados todos aqueles que não cumpram os critérios, de acordo com a razoabilidade clínica e tendo em consideração a imprevisibilidade evolutiva da pandemia.

A atividade de consulta sofreu, também, uma mudança radical de paradigma sendo transformada, maioritariamente, em consultas não presenciais. Não existem recomendações claras sobre as indicações para consultas presenciais, nomeadamente por patologias em agudização ou em início de avaliação clínica.

Outro elemento, não menos relevante e limitativo para o desenvolvimento de toda a atividade clínica, é a gestão dos recursos humanos. A disponibilidade das equipas está limitada pelos planos de contingência que pretendem minimizar o impacto da pandemia na sobrevivência funcional dos serviços e instituições, levando à diminuição ou mesmo ausência de elementos especificamente diferenciados.

Adicionalmente, toda a atividade clínica diferida terá, inevitavelmente, impacto no prognóstico dos doentes e na capacidade de resposta do sistema de saúde. A restrição

atual generalizada no acesso aos cuidados de saúde e, neste caso mais especificamente aos atos endoscópicos, aumentará a pressão sobre o sistema de saúde e os serviços na fase pós-pandémica.

Neste contexto, com o alívio progressivo das medidas restritivas, mas tendo de considerar sempre a evolução da curva pandémica, a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a disponibilidade de recursos humanos, é premente definir orientações sobre a reorganização da atividade das Unidades de Gastrenterologia de forma a otimizar o acesso aos cuidados de saúde e dentro do possível, diminuir o impacto no prognóstico dos doentes. Devem ser baseadas em critérios clínicos e valores éticos consolidados no que respeita à priorização dos atos médicos. É inevitável e essencial o empenho, responsabilidade e compromisso de todos os profissionais de saúde, das instituições e das entidades governamentais.

Assim sendo, entendemos divulgar algumas recomendações sobre infraestruturas, equipamentos e equipas nas Unidades de Gastrenterologia, assim como priorização de atos endoscópicos diagnósticos/terapêuticos e de consultas. Neste último caso deve continuar a ser também privilegiada, pelo menos nos próximos meses, a consulta não presencial, por forma a evitar deslocações desnecessárias, de médicos e de doentes, a unidades hospitalares. Para tal deve ser tido em consideração a gravidade da situação clínica e o facto de o doente pertencer (ou não) a um grupo de risco para pior prognóstico no caso de contrair doença COVID-19.

Importa ainda salientar que, com todas as condicionantes atualmente impostas à atividade endoscópica, a capacidade de resposta não conseguirá, nos próximos meses, equipar-se à que estava instalada antes da crise pandémica. Deste modo, é importante sensibilizar toda a comunidade médica para a necessidade de cumprir escrupulosamente os critérios para pedidos de procedimentos endoscópicos.

Relembramos a necessidade imperiosa de manter as normas de conduta, no que concerne aos atos endoscópicos, para proteção dos profissionais de saúde e doentes, expressas em múltiplas recomendações nacionais e internacionais.

A - Infraestruturas, equipamentos e equipas:

- Consolidação dos circuitos e medidas de proteção que promovam a atividade clínica e endoscópica em segurança minimizando a exposição ao risco dos doentes e profissionais de saúde;
- Consolidação de circuitos independentes para doentes COVID-19 positivos ou suspeitos, nomeadamente com disponibilização de salas com possibilidade de pressão negativa;
- Existência de EPIs ajustada à atividade regular ou acrescida do serviço, contemplando os EPIs de proteção máxima;
- Os custos de EPIs, eventuais testes a realizar e a necessária redução na atividade endoscópica deverão ser tidos em conta no custo total do exame;
- Existência de equipas equilibradas, com formação contínua em utilização de EPIs, circuitos de reprocessamento de endoscópios flexíveis e higienização de espaços;
- Adaptação das infraestruturas nas unidades de endoscopia e na consulta de forma a garantir o distanciamento social entre os doentes e/ou acompanhantes (nomeadamente salas de espera, vestiários, recobro).

B - Consultas:

• Prioritárias:

Primeiras consultas: doença inflamatória intestinal, hepatologia, oncologia digestiva, sintomas digestivos com atingimento estado geral / associado a sinais de alarme, estudo de anemia ferropénica (de instalação recente), suspeita imagiológica de neoplasia, sintomas proctológicos agudos;

Consultas de seguimento: agudizações de patologia gastrointestinal e reajuste da estratégia terapêutica.

• Não prioritárias:

Esclarecimento de sintomas digestivos ou alterações em meios complementares de diagnóstico após investigação inicial pelo médico assistente;

Consultas de vigilância em doentes com quadro clínico controlado.

Na fase inicial de retoma da atividade e, tendo em linha de conta a possibilidade de ocorrer novo recrudescimento da epidemia, sugere-se que se privilegie a teleconsulta.

Assim, para consulta presencial deverão ser consideradas todas as primeiras consultas e aquelas que, após triagem do médico assistente, sejam definidas como prioritárias. Se a evolução da curva pandémica se vier a revelar favorável poderão ser retomadas, de forma progressiva, as consultas presenciais.

C - Exames endoscópicos:

- Cumprir as recomendações em vigor sobre a estratificação do risco de infeção por SARS-CoV-2 (inquérito epidemiológico 1 a 3 dias antes e medição da temperatura antes da admissão na unidade). Se e quando disponível/possível/exequível, considerar a realização de teste para identificação de SARS-CoV-2 antes do exame. O doente tem de ser explicitamente instruído de que deve contactar imediatamente a unidade de endoscopia se, nos 14 dias subsequentes ao exame, tiver febre, sintomas respiratórios ou teste positivo. Adicionalmente, o doente poderá ser contactado pela unidade para inquérito epidemiológico até aos 14 dias após o procedimento endoscópico;
- Aconselhada a triagem criteriosa dos pedidos de exames endoscópicos, com estratificação dos exames consoante os níveis de prioridade;
- Os exames adiados devem ser integrados numa lista de espera própria e, sempre que possível, deve ser definido o tempo máximo de espera para cada um deles, facilitando assim o processo de remarcação subsequente;
- Todos os doentes com procedimentos adiados devem ser contactados telefonicamente para lhes comunicar o motivo do adiamento e assegurar que não houve qualquer cancelamento;
- Aconselhada a adequação dos motivos dos exames e o cumprimento das recomendações de vigilância de acordo com a patologia em causa e as normas estabelecidas;
- Reorganizar os agendamentos dos exames com alocação de tempos alargados para a sua execução, levando em consideração o necessário cumprimento dos procedimentos de desinfeção e ventilação das salas entre os exames e para evitar a sobrelotação nas unidades de endoscopia assim como nas salas de espera;
- Deve ser fornecida máscara cirúrgica e proceder à higienização das mãos a todos os doentes, com ou sem sintomas, no momento da entrada na unidade de saúde/unidade de endoscopia. À saída da unidade, deve proceder-se a nova higienização das mãos do doente;
- **Salienta-se que, pela sensibilidade limitada do teste para pesquisa do SARS-CoV-2, a sua negatividade, no atual momento pandémico, não constitui critério para reduzir o nível de EPIs dos profissionais de saúde.**

Estratificação das intervenções/exames endoscópicos

Urgentes (Nível 1): Todos os procedimentos em que a integridade física do doente será eventualmente comprometida se não forem realizados:

- Hemorragia digestiva alta, média ou baixa aguda (no caso da hemorragia digestiva média e baixa a avaliação inicial deve ser efetuada, preferencialmente e se exequível, com angiografia por TC);
- Impacto alimentar/remoção de corpos estranhos;
- Obstrução digestiva maligna ou benigna emergente/urgente;
- Colangite;
- Drenagem de coleções peri-pancreáticas sintomáticas (primordialmente se infectadas).

Prioritários (Nível 2):

- Terapêutica endoscópica para assegurar o aporte entérico;
- Terapêutica endoscópica de lesões pré-malignas ou malignas (curativa ou paliativa) cuja não execução possa alterar o prognóstico a curto prazo;
- Abordagem endoscópica de estenoses do trato gastrointestinal não emergentes/urgentes);
- Lesões obstrutivas da via biliar (estenoses/cálculos), sem critérios de infeção;
- Terapêutica endoscópica de deiscências;
- Vigilância/terapêutica endoscópica de hipertensão portal em doente de alto risco de hemorragia;
- Esclarecimento de patologia digestiva com sintomas ou sinais de alarme, assim como alterações imagiológicas sugestivas de neoplasia;
- Esclarecimento, estadiamento e preparação pré-tratamento de doença oncológica;
- Suspeita de doença inflamatória intestinal inaugural ou agudização relevante em que a avaliação endoscópica seja considerada imprescindível para determinar a opção terapêutica;
- Anemia ferropénica de instalação recente;
- Rastreio do cancro colorretal após FIT positivo.

Programados (Nível 3):

Todas as restantes indicações não consideradas urgentes ou prioritárias.

O objetivo das unidades de endoscopia deverá ser o retomar progressivo da atividade, tendo em linha de conta a evolução da epidemia e a disponibilidade de recursos humanos e materiais. Assim, considerando uma redução de casos de COVID-19, sugere-se a realização de todos os procedimentos de nível 1 e também os de nível 2 que forem definidos como mais prementes após discussão multidisciplinar/inter pares. Sendo a evolução da curva pandémica favorável e a reserva de EPIs suficiente, poderão ser realizados todos os procedimentos dos níveis 1 e 2.

Numa fase sem propagação comunitária incontrolada do SARS-CoV-2 e sem limitações de acesso a EPIs, sugere-se que sejam efetuados todos os procedimentos (Níveis 1, 2 e 3). Neste último caso mantêm-se as ressalvas supracitadas que decorrem da necessidade de cumprir os processos de desinfeção e ventilação das salas, que necessariamente comprometem a retoma completa do volume de atividade endoscópica pré-pandemia.

Salienta-se que este processo é muito dinâmico e, a qualquer momento, em função da evolução do diagnóstico/tratamento/prevenção da doença COVID-19 poderá ser necessário atualizar as recomendações que constam neste documento.

Bibliografia:

British Society of Gastroenterology (BSG) / Joint Advisory Group on Gastrointestinal Endoscopy (JAG). Summary recommendations for PPE in Endoscopy: 'protecting staff, patients and the PPE supply chain'. 2020 April 01. <https://www.bsg.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/BSG-PPE-280320-Final-1.2.pdf?x19508>

Chiu PWY, Ng SC, Inoue H, et al. Practice of endoscopy during COVID-19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE-COVID statements). Gut 2020 April 02. <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/early/2020/04/02/gutjnl-2020-321185.full.pdf>

Comunicado conjunto da SPED, SPG, SPCP e Colégio da Especialidade de Gastroenterologia. 2020 Abril 09. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/04/Comunicado-conjunto-COVID-2020_04_09-4-FINAL-WORD.pdf

Crespo J, Andrade R, Alberca de Las Parras F, et al. Resumption of activity in gastroenterology departments. Recommendations by SEPD, AEEH, GETECCU and AEG. Rev Esp Enferm Dig 2020 Apr 22. https://online.reed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_7141.pdf

Gralnek IM, Hassan C, Beilenhoff U et al. ESGE and ESGENA position statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. Endoscopy 2020 Apr 17. https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/general/ESGE_ESGENA_Position_Statement_gastrointestinal_endoscopy_COVID_19_pandemic.pdf

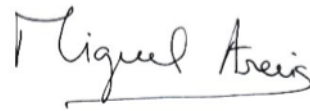
Han J, Wang Y, Zhu L, et al. Preventing the spread of COVID-19 in digestive endoscopy during the resuming period: meticulous execution of screening procedures. Gastrointest Endosc 2020 Apr 05. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7130750/pdf/main.pdf>

Em nome da Direção do
Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da
Ordem dos Médicos



Ricardo Gorjão
(Presidente)

Em nome da Direção da
Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva
(SPED)



Miguel Areia
(Presidente)

Em nome da Direção da
Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia
(SPG)



Rui Tato Marinho
(Presidente)